POLSKA GAZETA LEKARSKA

WŁODZIMIERZ ŁUKASIEWICZ
1860–1924.

Nie masz Go już między nami! Czy tak być musiało? Czy nie za wcześnie przyszło to, co się stało? Takie myśli tłoczyły nam się w głowie, gdyśmy w pogodny, mroźny dzień zimowy, ze łzą w oku, żegnali Go na wieki!

Włodzimierz Łukasiewicz urodził się w Hołoszyńcach na Podolu. Gimnazjum ukończył w Brzeżanach (1876), a wydział lekarski w Krakowie (1883). Po przygotowawczych studjach u I. Neumanna (1884), Spätha, słynnego Dittla (1885), wstąpił na klinikę Kaposiego, gdzie został asystentem w r. 1888. Stamtąd powołano Go (1894) na nadzw. profesora do Insbruka. Niedługo tam jednak przebywał. W tym czasie zaczęto tworzyć wydział lekarski we Lwowie Na zwyczajną katedrę dermatologji powołano Jego. W r 1898 przybył do Lwowa. Warunki, wśród których zaczął pracować, były nie do pozazdroszczenia. Skąpstwo rządu austrjackiego z jednej strony, a ówczesnego Wydziału Krajowego z drugiej uniemożliwiały wręcz rozwinięcie skrzydeł. Ubożuchna to była klinika. Braki dawały się odczuwać na każdym kroku. Jeśli mimo to Ł. potrafił rozwinąć wydatną i owocną pracę, tem większą jego zasługa. A praca ta była rzeczywiście owocną. Legjony Jego uczniów, których nauczył »patrzeć i widzieć«, świadczą o tem. Sam niezrównany djagnosta, o niepospolitej bystrości oka, którą budził podziw obcych, umiał przelewać tę swoją bezcenną właściwość na uczniów, promieniował nią.

Zdając sobie wybornie sprawę z anormalnych stosunków, dążył wszelkiemi siłami do stworzenia kliniki na europejską modłę. Zabiegi Jego zostały w końcu uwieńczone pomyślnym skutkiem. Jego niepodzielną zasługą jest wspaniały gmach obecnej kliniki dermatologicznej we Lwowie. Był w r. 1905 dziekanem, a w r. 1906 prodziekanem wydziału lekarskiego, zaś w latach 1899 i 1900 delegatem tegoż wydziału do Senatu. Lwowskie Towarzystwo lekarskie obrało Go swym prezesem. Jeszcze w r. 1890 został członkiem wiedeńskiego Tow. dermatologicznego, oraz Tow. lekarzy wiedeńskich, później członkiem austr. najwyższej Rady Zdrowia, w końcu, przed trzema laty, członkiem korespondentem Francuskiego Tow. dermatologicznego. Należał też do grona stałych współpracowników Archiv für Dermat. u. Syphil. Gdy przed kilku laty zawiązał się we Lwowie oddział Polskiego Tow. Dermatologicznego, On został jego prezesem i czynnie przyczynił się do powodzenia I. i II. Zjazdu Dermatologów Polskich.

Naukowa spuścizna Jego jest obfitą A co jest rzeczą ważną i charakterystyczną, przeważna część Jego prac zachowała swą wartość dotychczas. Były to bowiem rzeczy podstawowe. Niepodobna mi tu wszystkich wyliczać. Wymienię tylko najważniejsze. „O Xeroderma pigmentosum“ (1895), gdzie pierwszy opisał wstępne okresy tego cierpienia, »O identyczności lichen ruber acuminatus z pityriasis rubra pilaris« (1895), rzecz dziś ogólnie uznana, »O odosobnionych zmianach rumienia wielopostaciowego na błonie śluzowej ust« (1896), praca, która znacznie się przyczyniła do usunięcia konfuzji w osutkach pęcherzowych jamy ustnej. „O I. i II. okresie mycosis fungoides“ (1896) rzeczy dziś ogólnie znane, właśnie dzięki tej pracy, »O dermatomyomatach«, (1892), »O lichen scrophulosorum« (1894), „O folliculitis exulcerans (Łukasiewicz)“ (1891) i wiele, wiele innych.

Prace te rozniosły szeroko Jego imię po świecie i zapewniły mu trwałe miejsce w piśmiennictwie dermatologicznem. Nazwisko Jego otwierało uczniom Jego drzwi klinik zagranicznych.

Wykład Jego jasny, bogato ilustrowany, zostawiał w umyśle słuchacza trwałe, wyraźne obrazy. Umiał szczegóły objawowe łączyć pragmatycznie; podobnie co do terapji uwypuklał logiczne jej rozwinięcie Umiał przykuć uwagę słuchacza, nie nużąc go. Dlatego też prelekcje jego cieszyły się zawsze liczną frekwencją.

Prócz dermatologji, w życiu Łukasiewicza lwią część zajmowała sztuka. Któż nie słyszał o Jego bezcennych zbiorach, gromadzonych od wielu lat z zamiłowaniem i znawstwem I tu znów ujawnia się piękna dusza i obywatelskie poczucie, albowiem przeważna ich część została przekazaną Muzeum Narodowemu w Krakowie. Cześć i chwała Mu za to.

Człowiek nieskazitelnej prawości charakteru, wysokiej kultury duchowej i towarzyskiej, najlepszy kolega, ogólnie poważany i lubiany, przedwcześnie przeszedł do lepszego świata, chociaż na tym tak bardzo był potrzebnym.

Nauka traci w nim cenną siłę, Ojczyzna prawego obywatela, społeczeństwo przodownika etyki i kultury, rodzina najlepszego męża i brata, uczniowie wybornego nauczyciela, a my, dawni uczniowie i współpracownicy, ukochanego mistrza i najlepszego kolegę.

Jeśliś pragnął, o Drogi, dziś już Nieobecny, mieć „monumentum aere perennius«, to, jako żywo, masz takie w naszych sercach.

W pamięci naszej żyjesz ciągle, chociaż ze łzą w oku sypiemy pożegnalne grudki ziemi, szepcąc: „Niech lekką Ci będzie ta ziemia grodu kresowego, który tak ukochałeś“.

Roman Leszczyński.

Prace oryginalne.

Dr. Tadeusz PAWLAS. I. asyst. kliniki. Kraków.

Leczenie rzeżączki śródmiąższowemi i dożylnemi wstrzykiwaniami olejku santałowego.

(Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych U. J. Dyrektor prof. Dr. J. Lenartowicz).

W czasie doświadczeń wykonywanych w klinice dermatologicznej U. J. z wstrzykiwaniami śródmiąższowemi olejku terpentynowego, których wyniki ogłosiłem w roku ubiegłym w Polskiej Gazecie lekarskiej, nasunęło mi się przypuszczenie, że podobne, a nawet może i lepsze wyniki powinnoby się uzyskać, stosując zamiast olejku terpentynowego ol. santałowy. Rozważając bowiem myśl tę ze strony teoretycznej, dochodzi się do przekonania, że olejek santałowy, stosowany w podobny sposób jak olejek terpentynowy powinienby wywierać energiczniejsze działanie lecznicze w rzeżączce i jej różnorodnych powikłaniach. Działanie zastrzykiwań ol. santałowego powinnoby bowiem łączyć działanie uczynniające pierwoszcze komórek ustroju i wzmagające przez to siły jego w walce z zakażeniem (podobnie jak to czyni olejek terpentynowy) z działaniem wchłoniętego do ogólnego krążenia olejku santałowego, jako balsamiku, a więc środka poniekąd swoistego w leczeniu rzeżączki. Wiemy, że balsamikom, ze

stanowiska klinicznego, przypisuje się w leczeniu rzeżączki prócz bardzo silnie (po doświadczeniach Valentina i Steina) podawanego w wątpliwość działania bakterjobójczego, cztery rodzaje działania: działanie zmniejszające wydzielinę, uspokajające skurcze mięśni gładkich, łagodzące ból i wzmagające wydzielanie moczu. Te właściwości olejku santałowego zostały stwierdzone doświadczalnie.

Winternitz[1]) n. p. dowiódł, że olejki eteryczne wchłonięte do krążenia mają własność ograniczania tworzenia się wysięków w miejscach zapalnych i przyśpieszania ich wessania. Stwierdził on również w dalszych swych doświadczeniach [2]), że przy podawaniu środków balsamicznych wysięk zapalny szybciej się wchłania i tkanka szybciej wraca do stanu prawidłowego. Stwierdził także doświadczalnie moczopędne działanie olejku santałowego. Pohl dowiódł, że przy wywołanem sztucznie zapaleniu opłucnej u królików, zapalenie to przebiegało o wiele słabiej u zwierząt, którym podawano ol. santałowy.

Podobnie A. Perutz i L. Kofler[3]), na podstawie doświadczeń przeprowadzonych na szczurach i żabach dochodzą do przekonania, że olejek santałowy ogranicza wydzielinę, uspokaja ruchy mięśni gładkich dróg płciowych (także i jelit) i działa silnie moczopędnie.

W ostatnich latach także cały szereg amerykańskich autorów (Gunn. J. W. C. Muirhead i Gerald, Salaut i Mitchel, Plant O. H.) zajmuje się farmakologją olejków eterycznych i dochodzi do tego samego przekonania.

Teoretycznie więc, podwaliny dla wprowadzenia w lecznictwo wstrzykiwań śródmiąższowych, czy dożylnych olejku santałowego byłyby dane — chodziłoby jedynie o wypróbowanie sposobu i szybkości działania, tolerancji chorych na ten sposób leczenia i wreszcie o stwierdzenie »optimum« działania.

Próby nasze rozpoczęliśmy od wstrzykiwań śródmiąższowych, stosując dawki olejku santałowego bardzo niewielkie i w dosyć dużych rozcieńczeniach. Wstrzykiwaliśmy mianowicie 20% olejek santałowy w oleum amygdalarum w dawce 0.5 ccm (0.1 olejku santałowego) w punkcie podanym przez Klingmüllera dla wstrzykiwań olejku terpentynowego (linja pachowa tylna, dwa palce poniżej grzebienia kości biodrowej, głęboko, dochodząc końcem igły do kości talerza biodrowego). Sposób wstrzykiwań zachowaliśmy również początkowo ten sam, co przy olejku terpentynowym, a więc wstrzykiwaliśmy bardzo wolno i uważaliśmy, aby nie wstrzyknąć olejku santałowego w naczynie krwionośne.

Pierwsze wstrzyknięcie próbne znieśli chorzy bardzo dobrze. U żadnego z nich nie było podniesienia ciepłoty i co było bardzo ważnem w porównaniu ze wstrzykiwaniami olejku terpentynowego, nie odczuwali zupełnie bolesności w miejscu wstrzyknięcia. Przeszliśmy więc szybko do większych stężeń i większych dawek olejku.

Wstrzykiwaliśmy 40%—50% olejek w ilościach coraz większych (stopniowo od 0.5—2 ccm 40% olejku względnie 2.5 cm 40% olejku, a więc do pełnego grama olejku na dawkę) — w końcu wreszcie przeszliśmy do wstrzykiwań czystego olejku santałowego, w ilościach 0.5—1 ccm olejku na dawkę.

Wobec znakomitego znoszenia przez chorych tych dosyć znacznych już dawek (brak podniesienia ciepłoty i zupełny niemal brak bolesności, przytem doskonały stan podmiotowy chorych) zmniejszyliśmy również odstępy czasu między poszczególnemi wstrzykiwaniami, wstrzykując ostatecznie olejek santałowy codziennie. Wobec zupełnego braku bolesności przy wstrzykiwaniach w punkcie Klingmüllera, próbowaliśmy wstrzykiwać olejek santałowy śródmiąższowo w sposób praktykowany przy wstrzykiwaniach przetworów rtęciowych, a gdy i to było niebolesne, zastrzykiwaliśmy olejek santałowy podskórnie na ramionach, ewentualnie przedramionach. Chorzy znosili ten sposób wstrzykiwań nieco gorzej, bo czasem skarżyli się na nieznaczne i krótkotrwałe zresztą bóle, wobec czego ostatecznie uznaliśmy za najlepsze zastrzykiwania w punkcie Klingmüllera.

Nauczeni doświadczeniem, jakiego nabyliśmy dawniej przy próbach wstrzykiwań olejku terpentynowego, używaliśmy do wstrzykiwań tylko przetworów bezwzględnie czystych i pewnych (oleum Santali ostindicum purissimum bisrectificatum) dostarczonych nam początkowo przez krakowską hurtownię środków aptecznych »Pharmę«. Zwracaliśmy się również do warszawskich wytwórni farmaceutyczno-chemicznych z prośbą o dostarczenie nam 50% i czystego olejku santałowego w ampułkach, w odpowiednich dawkach. Ułatwiłoby to nam bardzo dawkowanie i dawało większą rękojmię czystości w robocie. Otrzymaliśmy jednak odpowiedzi (Gessner), że wobec braku na targu aptecznym zupełnie czystego olejku santałowego, narazie zamówienia naszego wykonać nie można. Dopiero w ostatnich tygodniach firma »Magister Klawe« przysłała nam do wypróbowania kilkadziesiąt ampułek o zawartości 1 ccm a) czystego i b) 50% olejku santałowego wschodnio-indyjskiego, w olejku migdałowym, zapewniając nas, że oba olejki wchodzące w skład zawartości ampułek są pierwszorzędnej jakości. Próby podjęte z temi preparatami potwierdziły to w zupełności. Objawów ubocznych po wstrzykiwaniach śródmiąższowych nie było nigdy. Bolesności w miejscu wstrzyknięcia nie było albo zupełnie albo była bardzo nieznaczna. Działanie zaś lecznicze było we wszystkich przypadkach znakomite. Pozatem, wobec zupełnego wyjałowienia ampułek i dokładnego dawkowania, nadają się one lepiej w praktyce czy szpitalnej czy też prywatnej od używanego poprzednio olejku dostarczonego przez »Pharmę«.

Próby leczenia rzeżączki śródmiąższowemi wstrzykiwaniami olejku santałowego zastosowaliśmy dotychczas w 40 przypadkach. Z tych znaczna większość (23 przypadki) obejmowała przypadki rzeżączki powikłanej zapaleniem najądrzy (18 przypadków jednostronnego i 5 obustronnego zapalenia). Rozpoczęliśmy próby od tych przypadków nietylko dlatego, że one właśnie nam się wówczas nasunęły w ambulatorjum i klinice stałej, ale również dlatego, że przy niedawno przeprowadzonych i opisanych przezemnie próbach wstrzykiwań olejku terpentynowego w podobnych przypadkach osiągnęliśmy najkorzystniejsze wyniki.

Leczyliśmy początkowo wszystkich wymienionych chorych li tylko olejkiem santałowym podawanym śródmiąższowo w dawkach i w sposób wyżej opisany. Dla lepszego zorjentowania się w sile i szybkości działania nie podawaliśmy żadnych innych leków pomocniczych nawet tak niewinnych jak ziółka lub przetwory salicylowe. Nie pozwalaliśmy również robić chorym okładów na obrzękłe i bolesne najądrza. Skutek we wszystkich bez wyjątku przypadkach był znakomity, w niektórych wręcz idealny. Jedenaście z pośród siedemnastu leczonych olejkiem santałowym przypadków zapalenia najądrza doprowadziliśmy do zupełnego wyleczenia, kontrolowanego później rozmaitemi środkami prowokacyjnemi. Co najważniejsze, osiągnęliśmy to zupełne wyleczenie, w bardzo krótkim czasie, w jednym przyp. leczenie trwało 12 dni, w 3 przypadkach po 14 dni, w 8 poniżej 3 tygodni, w 7 poniżej 4 tygodni. W 2 przypadkach po 2—3 tygodniach musieliśmy z powodów od nas niezależnych (wyjazd chorych z Krakowa) przerwać leczenie, wypuszczając chorych z opieki naszej w stanie stosunkowo bardzo dobrym, a jedynie w 2 przypadkach leczenie przeciągnęło się ponad 4 tygodnie.

W jednym z tych przypadków mieliśmy do czynienia z ostrem obustronnem zapaleniem najądrzy, w drugim z lewostronnem zapaleniem najądrza i równoczesnem ostrem rzeżączkowem zapaleniem gruczołu krokowego.

W obu tych przypadkach same zastrzykiwania olejku santałowego nie zdołały doprowadzić do zupełnego wyleczenia. Usunęły one szybko obrzęk i bolesność najądrzy, doprowadziły do wyleczenia gruczołu krokowego i szybkiego oczyszczenia się drugiej części moczu; nie zdołały jednakowoż usunąć dwoinek wiewiórowych z przedniej części cewki. Wobec zbytniego przeciągania się sprawy chorobowej zmuszeni byliśmy uciec się w obu przypadkach do pomocniczych wstrzykiwań soli srebrowych, co przy równoczesnem dalszem stosowaniu olejku santałowego pozwoliło nam również do-

[1]) Winternitz: Arch. f. exp. Path. u. Pharm. t. 46. 1901).
[2]) Winternitz. Arch. f. Derm. u. Syph. t. 65. 1903.
[3]) A. Perutz, L. Kofler. Arch. f. Derm. u. Syphilis. t. 142. Zesz. I.

prowadzić do zupełnego wyleczenia w pierwszym przypadku po 47, w drugim po 58 dniach leczenia.

Poza zapaleniem najądrza stosowaliśmy wstrzyknięcia śródmiąższowe olejku santałowego w 5 przypadkach ostrego zapalenia gruczołu krokowego. Wyniki lecznicze w tej grupie przypadków mieliśmy nieco gorsze, jednakże zachęcające do dalszych prób leczniczych w tym kierunku.

Pierwsze dwa przypadki leczyliśmy początkowo li tylko wstrzykiwaniami olejku santałowego. Wyniki były w pierwszych dniach doskonałe. Gruczoł krokowy zmniejszał się bardzo szybko, bolesność ustępowała, wydzielina wyciskana z gruczołu zmieniała się zwolna z ropnej w śluzową, ustępowało zmętnienie obu części moczu i wyciek z cewki moczowej. W jednym i drugim przypadku po 2 tygodniach stan chorobowy przedstawiał się w sposób następujący:

Wydzielina z cewki moczowej bardzo skąpa. Mikroskopowo: bardzo nieliczne dwoinki wiewiórowe i ciałka ropne. Nabłonki i śluz w dużej ilości, mocz w pierwszej części bardzo nieznacznie zmącony (nieliczne strzępki), w drugiej prawie czysty. Gruczoł krokowy niebolesny, jednakże nieco większy i z obfitszą wydzieliną. W wydzielinie jego badanej mikroskopowo nie znajdowaliśmy dwoinek wiewiórowych — natomiast nieliczne leukocyty. Stan ten, bez żadnej zmiany na gorsze czy lepsze utrzymywał się w dalszym ciągu mimo powtarzanych codziennie wstrzykiwań śródmiąższowych olejku santałowego w dawkach dużych, bo dochodzących do grama czystego olejku santałowego. Wobec tego przeszliśmy w obu tych przypadkach (w jednym po 21, w drugim po 24 dniach leczenia) do następującego leczenia kombinowanego: miesiliśmy gruczoł krokowy co 2-gi dzień i następowo zakraplaliśmy $^1/_2$—2$^0/_0$ azotan srebrowy sposobem Guyona, prowadziliśmy energiczne leczenie przedniej części cewki solami srebrowemi, a prócz tego wstrzykiwaliśmy w dalszym ciągu codziennie olejek santałowy. Leczeniem tego rodzaju doprowadziliśmy do wyleczenia w obu przypadkach; bardzo szybko. W pierwszym przypadku leczenie trwało 37, w drugim 39 dni.

W następnych 2 przypadkach ostrego zapalenia gruczołu krokowego, spostrzeganych nieco później, nauczeni doświadczeniem rozpoczęliśmy odrazu od leczenia kombinowanego (miesienia, zakraplania Guyonowskie, wstrzykiwania do cewki i równoczesne, codzienne zastrzykiwania olejku santałowego), w obu tych przypadkach leczenie postępowało znacznie szybciej niż w wyżej opisanych. Do zupełnego wyleczenia doprowadziliśmy w jednym po 29, w drugim po 31 dniach — a więc w stosunku do dotychczas ogólnie stosowanego leczenia w czasie bardzo szybkim. Piąty przypadek ostrego zapalenia gruczołu krokowego — z równoczesnem zapaleniem najądrza, wymieniłem już, wyżej — w grupie schorzeń rzeżączkowych najądrza.

Doskonały wynik leczniczy uzyskaliśmy również w praktyce prywatnej w przypadku przewlekłej rzeżączki z licznemi powikłaniami, trwającej i leczonej już z mniejszemi i dłuższemi przerwami bezskutecznie od 20 lat.

Przebieg choroby i leczenia był w tym przypadku następujący: W. W. 40-letni przemysłowiec. Rzeżączka nabyta przed 20 laty, leczona początkowo w Egipcie, potem kilkakrotnie w Berlinie i Warszawie. Do zupełnego wyleczenia chory dotychczas nie doprowadził. Pojawiały się ustawicznie nawroty i zaostrzenia. Chory zdenerwowany opornem leczeniem przestał się wreszcie leczyć, względnie leczył się od czasu do czasu objawowo i niedostatecznie. Ranna kropla wycieku utrzymywała się. Przez szereg lat spostrzegał ją chory codziennie. Przy badaniach mikroskopowych znajdowano w niej prawie zawsze dwoinki wiewiórowe. Przed 2 laty przyszło do nowego zaostrzenia sprawy chorobowej. Pojawił się duży i bolesny naciek w międzykroczu i równoczesne zapalenie najądrza. Chorego leczono wówczas w Berlinie około 6 miesięcy. Wykonywano tam wtedy kilkakrotne nacięcia bolesnego, chełboczącego gruczołu Cowpera. Leczono również chirurgicznie powstałą następowo, przetokę. Powikłania wprawdzie wówczas usunięto, jednakże dwoinki wiewiórowe w wycieku pozostały.

Przed 6 miesiącami przyszło do ponownego zaostrzenia się sprawy i ponownych powikłań (Cowperitis, strictura urethrae). Chory, leczony bardzo energicznie w Warszawie, leżał 4 miesiące w łóżku i poddawał się bardzo cierpliwie wszelkim zabiegom leczniczym, wreszcie gdy powikłania ustąpiły, rozdrażniony zbyt długo przeciągającem się leczeniem, wrócił do swych zajęć w miasteczku prowincjonalnem i przestał się leczyć.

W drugiej połowie lutego 1923., wobec pojawienia się nowych powikłań zgłasza się do leczenia. Stan chorego z dn. 19. II. 1923: Wydzielina z cewki średnio obfita. Mikroskopowo liczne ciałka ropne i dwoinki wiewiórowe, ułożone przeważnie pozakomórkowo. Mocz w obu częściach zmącony. Powiększenie i bolesność prawego najądrza i gruczołu krokowego. Silna bolesność w okolicy gruczołu Cowpera i naciek wielkości orzecha włoskiego, otwierający się przetoką na zewnątrz. W wydzielinie gruczołu krokowego i Cowpera dwoinki wiewiórowe.

Przystąpiłem natychmiast do wstrzykiwań śródmiąższowych olejku santałowego, 50$^0/_0$ w ol. migdałowym (0.5—2.0 ccm 50$^0/_0$ olejku). potem czystego (0.75—1.3 ccm na dawkę). Równocześnie chory wstrzykiwał sole srebrowe do przedniej części cewki moczowej. Później miesiono gruczoł krokowy i zakraplano $^1/_3$—2$^0/_0$ roztwór lapisu sposobem Guyona. Chory znosił to leczenie bardzo dobrze. Ciepłoty podwyższonej nie miał nigdy. Białka w moczu nie spostrzeżono przez cały czas leczenia. Nie było również bolesności miejscowej, mimo codziennie stosowanych wstrzykiwań i to, pod koniec leczenia, w dużych dawkach.

Chory dostał ogółem 35 wstrzyknięć, powtarzanych przeważnie codziennie (łącznie 30.3 ccm olejku santałowego). Bóle najądrza, gruczołu krokowego i gruczołu Cowpera ustąpiły po 4 injekcjach — ustąpiło wtedy również i parcie na mocz. Po 7-em wstrzyknięciu rozpoczął się wyjaśniać mocz i zmniejszać wyciek. Przetoka idąca z gruczołu Cowpera zabliźniła się w 14 dniu leczenia. Najądrze i gruczoł krokowy były wówczas już prawie zupełnie prawidłowe. Dwoinki wiewiórowe ustąpiły bezpowrotnie po 3 tygodniach — poczem zwolna zmniejszał się i ginął wyciek i oczyścił się zupełnie mocz. Stan taki utrzymywał się nadal, a gdy po licznych prowokacjach nie było ani dwoinek wiewiórowych, ani wycieku, ani jakiegokolwiek zmętnienia czy też nitek w moczu — uznaliśmy chorego za wyleczonego. Leczenie trwało w tym przypadku łącznie z prowokacjami 7 tygodni.

W rzeżączce ostrej, przy zajęciu jedynie przedniej części cewki, stosowaliśmy leczenie olejkiem santałowym w trzech przypadkach. Ponieważ jednak widzieliśmy, że jedynym wynikiem leczniczym było w tych przypadkach zmniejszenie się wycieku, dwoinki zaś wiewiórowe znajdowano nadal w preparatach mikroskopowych, przeszliśmy w tych przypadkach rychło do stosowania zwykłego sposobu leczenia solami srebrowemi. Przypadków tych nie obserwowano do końca leczenia, ponieważ wszyscy ci chorzy, leczeni ambulatoryjnie, nie dokończyli u nas leczenia. Nie wiemy więc, czy podawanie olejku może w takich przypadkach skrócić mniej lub więcej czas leczenia. Pokażą to ewentualne dalsze próby i spostrzeżenia.

Natomiast w zajęciu ostrem tylnej części cewki moczowej, przy parciu i silnem zmąceniu obu części moczu (4 przypadki) również przy przewłocznej rzeżączce tylnej części cewki (4 przypadki), wyniki wstrzykiwań olejku santałowego były bardzo dobre. Parcie szybko ustępowało. Mocz drugi wyjaśniał się dosyć szybko, również zmniejszała się i zmieniała na więcej śluzową wydzielina z cewki. Wybitne działanie olejku santałowego było uderzające głównie w przypadkach przewłocznych. W dwu z nich, leczonych w ambulatorjum klinicznem już dosyć długo stan nie poprawiał się mimo bardzo starannego i intenzywnego leczenia. Ani przepłukiwanie Janetowskie początkowo rozczynami nadmanganianu potasu, potem azotanu srebrowego, ani zakraplanie sposobem Guyona, czy też Ultzmanna nie mogły doprowadzić do stałego oczyszczenia się drugiej części moczu. Natomiast już po pierwszych 2 zastrzyknięciach śródmiąższowych olejku santałowego, w obu tych przypadkach stan chorych bardzo się poprawił, a po 6 wstrzyknięciach u jednego chorego, i po 9 u drugiego, drugi mocz nie wykazywał już śladu zmącenia. Przystąpiliśmy wówczas do leczenia przedniej części cewki zastrzykiwaniami soli srebrowych przy równoczesnem dalszem śródmiąższowem wstrzykiwaniu olejku santałowego i bardzo szybko uzyskaliśmy zupełne wyleczenie w tych, jak nam się wydawało, rozpaczliwych już przypadkach.

O ile możnaby wysnuwać wnioski z tej małej liczby przypadków rzeżączki przedniej części cewki, względnie przedniej i tylnej, bez innych powikłań, wpływ działania zastrzykiwań olejku santałowego był znacznie energiczniejszy w przypadkach dłużej trwających.

Przy porównaniu zaś wyników tych z opisanemi poprzednio, przy leczeniu powikłań różnego rodzaju, nasuwałoby się przypuszczenie, że najlepiej działa olejek santałowy

przy powikłaniach, nieco słabiej, ale jeszcze energicznie przy rzeżączce niepowikłanej, dłużej trwającej, najsłabiej zaś, najmniej efektownie, przy ostrej, świeżej rzeżączce. Przemawiałoby to bardzo silnie za tem, że olejek santałowy przy wstrzykiwaniach śródmiąższowych wywierał działanie nie tylko takie, jakie mu przypisują Perutz, Winternitz, Pohl i inni autorowie, o czem wspominałem już wyżej, t. j. wywiera nietylko działanie uczynniające pierwoszcze komórek ustroju i podniecające do walki z zakażeniem, ale wzmaga również ilość przeciwciał, o ile one już w ustroju istnieją. Tłumaczyłoby nam to ten właśnie fakt, że olejek santałowy, tak zresztą jak i n. p. olejek terpentynowy, działa najwybitniej wtedy, kiedy przeciwciała w ustroju już przypuszczalnie w większej ilości zostały wytworzone. Przypuszczenia te będziemy się starali później udowodnić doświadczalnie.

Objawy uboczne, spostrzegane przy wstrzykiwaniach olejku santałowego były bardzo nieznaczne. Podniesienie ciepłoty powyżej 38° C. spostrzegaliśmy tylko u 2 chorych. Stany podgorączkowe (do 37.5° C) zdarzały się częściej (w 10 przypadkach), u pozostałych chorych ciepłota była zupełnie prawidłowa. Bolesności miejscowej nie było w 75% przypadków zupełnie. W jednym tylko przypadku (na przeszło 600 wstrzyknięć) przyszło do wytworzenia się ropnia w miejscu wstrzyknięcia. Ropień ten musiano naciąć. Powstał on napewno nie z powodu działania miejscowego olejku santałowego, lecz z powodu jakiegoś zanieczyszczenia, które się musiało dostać do ostatniej, pozostałej we flaszeczce, dawki olejku. Przemawiałoby za tem to zwłaszcza, że chory ów dostał już poprzednio siedmnaście wstrzyknięć olejku santałowego i zniósł je dobrze.

Białkomoczu, ani objawów zadrażnienia nerek nie stwierdziliśmy w żadnym przypadku, natomiast u wszystkich chorych występowało częstsze i obfitsze wydzielanie moczu. Nie zauważono też nigdy rumieni toksycznych.

Wobec tak skutecznego działania olejku santałowego we wszystkich naszych przypadkach, nie tylko dorównującego, ale przeważnie przewyższającego działanie olejku terpentynowego, wobec braku działań ubocznych, doszliśmy do przekonania, że szczególniej w rzeżączce i jej powikłaniach olejek santałowy stosowany pozajelitowo, jest lekiem polecenia godnym. Pomijając artigon, gonarginę i inne szczepionki, ma ol. santałowy bezwzględną przewagę także nad olejkiem terpentynowym, a to choćby ze względu na brak działań ubocznych. Twierdzenie to mogę śmiało wypowiedzieć nawet po tak stosunkowo niewielkiej liczbie spostrzeganych przypadków.

Poza wstrzyknięciami śródmiąższowemi stosowaliśmy w 4 przypadkach dożylne wstrzykiwania olejku santałowego. Wskazówkę do tego rodzaju zastrzykiwań dały nam prace Fischera[1]), Wohlgemutha[2]), Hüpera[3]), Lenzmanna[4]) i Kara[5]). Wszyscy ci autorowie wstrzykiwali chorym dosyć znaczne ilości olejku kamforowego, ewentualnie terpentynowego, dożylnie. Zachowując pewne środki ostrożności, nie mieli oni żadnych nieprzyjemnych działań ubocznych. Na podstawie wielkiej ilości tego rodzaju zabiegów (n. p. u Lenzmanna 200) autorowie ci dochodzą do przekonania, że dawki olejków, wogóle nie przekraczające ilości 5 ccm na pojedynczą dawkę, wstrzykiwane dożylnie, bardzo wolno i nie zbyt często, nie są dla ustroju ludzkiego szkodliwe. Między innemi Fischer podaje przypadek gdzie choremu wstrzyknięto przez przeoczenie 50 ccm oliwy dożylnie i nawet w tym przypadku nie przyszło do zejścia śmiertelnego. A więc ilość powodująca zejście śmiertelne musiałaby być rzeczywiście bardzo wielka — natomiast olbrzymia większość zatorów tłuszczowych przebiega zupełnie bez objawów klinicznych i bez szkody dla chorego.

Dożylne wstrzykiwania mają natomiast następujące niezaprzeczalne zalety:

1) Przy wstrzykiwaniach śródmiąższowych olejków wessanie ich następuje bardzo wolno i niejednostajnie. Nigdy nie jesteśmy pewni jak szybko cała wstrzyknięta ilość zostanie wchłonięta. Przy zastrzyknięciu dożylnem natomiast wchłanianie następuje bardzo szybko.

2) Niema nieprzyjemnych objawów miejscowych, a więc jak to bywa przy wstrzykiwaniach olejku terpentynowego n. p. bólu niejednokrotnie bardzo silnego.

3) Mniejszą ilością stosowanego leku można uzyskać znacznie silniejsze działanie.

Co do mechanizmu działania, to nie ulega żadnej wątpliwości, że w tego rodzaju zastrzyknięciach cała ilość wprowadzonego dożylnie olejku zostaje początkowo rozmieszczona w naczyniach włosowatych płucnych w postaci maleńkich zatorów. Udowadniają to badania anatomo-patologiczne sekcjonowanych przypadków dokonywane przez Hüpera, Scribę[6]) i Olbrychta[7]).

Przychodzi do wytworzenia się bardzo wielkiej ilości maleńkich złogów, z których każdy dla siebie wytwarza, w miniaturze naturalnie, podobne działanie jak złogi w mięśniach pośladka, czy też na okostnej kości biodrowej. Suma efektów wszystkich działających ognisk powinnaby być, biorąc rzecz teoretycznie, większa. Pozatem te maleńkie ogniska są lepiej i dokładniej opłukiwane przez krew, szybciej zostają wessane i szybciej wydzielone. Działanie więc to powinno być energiczniejsze i szybsze.

Słuszność tych teoretycznych rozważań postanowiliśmy wypróbować na kilku przypadkach. Dla ostrożności wstrzykiwaliśmy dożylnie początkowo bardzo małe dawki (0.05 olejku santałowego) i to w dużem bo 10-o krotnem rozcieńczeniu oliwą.

Wobec braku jakichkolwiek działań ubocznych postępowaliśmy w dawkowaniu szybko naprzód, tak, że ostatecznie wstrzykiwaliśmy nawet po 1.0 cm³ olejku santałowego nierozcieńczonego. Chorzy znosili to doskonale. Przy dużych dawkach (od 0.5 w górę) skarżyli się jedynie na pewien zawrót głowy, chwilowy zresztą, nie trwający nigdy dłużej nad 5—10 minut i podawali, że czują się jak pijani. Stan ten ustępował zresztą bardzo szybko i bez śladu. Również we wszystkich niemal przypadkach występowało, przeważnie już w kilkanaście sekund po wstrzyknięciu, silne swędzenie całej skóry. Ustępowało ono po kilku lub kilkunastu minutach. Skarżyli się ponadto chorzy na to, że czują pewną nieznaczną duszność, objaw ten był również krótkotrwały. Podrażnienie kaszlowe zdarzyło się w jednym tylko przypadku i to u chorego z gruźlicą płucną. U tego jednego chorego stwierdziliśmy również podniesienie ciepłoty, utrzymujące się około 3 dni (37.2—38.0 w pierwszym dniu; 37.6 maksymalnie w drugim dniu), co nas skłoniło do natychmiastowego zaprzestania wstrzykiwań.

U pozostałych 3 chorych (wszyscy z zapaleniem najądrza) wstrzykiwania dożylne nie wywołały albo żadnych podniesień ciepłoty, albo bardzo małe (do 37.2). Białka w moczu ani kwasem azotowym ani sulfo-salicylowym nie wykazaliśmy nigdy. Jednem słowem, chorzy znosili te wstrzykiwania doskonale. Jedno tylko z przewidywań naszych się nie sprawdziło. Mianowicie nie widzieliśmy w żadnym przypadku wyniku leczniczego szybszego, niż przy stosowaniu śródmiąższowym olejku santałowego. Ponieważ zaś, w odróżnieniu od wstrzykiwań olejku terpentynowego, który niekiedy powoduje pewną bolesność w miejscu wstrzyknięcia, po wstrzykiwaniach olejku santałowego nie widzieliśmy prawie nigdy bolesności miejscowej, o ile zaś była, to bardzo nieznaczna, nie widzieliśmy powodu utrudniania sobie zadania łeczniczego, bo bądź co bądź wstrzykiwania dożylne olejków są technicznie zawsze trudniejsze od śródmiąższowych, i robimy obecnie dalsze wstrzykiwania jedynie śródmięśniowo.

---

[1]) Fischer. Berl. Klin. Woch. 1921. N. 31.
[2]) Wohlgemuth. Therapie d. Gegenwart. 1921. Nr. 12.
[3]) Hüper. Mediz. Klinik. 1922. Nr. 12.
[4]) Lenzmann. Therapie d. Gegenwart. 1922. Nr. 8.
[5]) Karo. Mediz. Klinik. 1921. Nr. 12.
[6]) Scriebe. Deutsch. Zeitschrift f. Chirurgie. 1880. T. XII.
[7]) Olbrycht. Polska Gaz. lekarska.

Dr. Med. Robert BERNHARDT. Warszawa.
Ordynator Szpitala św. Łazarza.

O pryszczycy prawdziwej pochodzenia anafilatycznego.

Najnowsze prace badaczy anglo-ameryk. a w części francuskich wyraźnie usiłują skierować zagadnienia pryszczycy na wartkie fale anafilaksji. Poszukiwania anglo-amerykańskie odbywają się głównie pod znakiem anafilaksji pokarmowej. Francuskie obejmują prócz tego sprawy chorobowe, pozostające w ściślejszej łączności z uczuleniem czysto chemicznem, do których można zaliczyć pryszczycowate zapalenia skóry pochodzenia zawodowego, oraz niektóre osutki lekowe. Sprawa jest niewątpliwie bardzo zawiła i niełatwa do rozwiązania tem bardziej, że rozstrzygnięcia ostatecznego szukać wypadnie oczywiście na drodze doświadczalnej. Wzbudza ona jednak zainteresowanie co najwyższe. Albowiem dzięki nowym prądom w nauce i dzięki nowym metodom badania kwestja pryszczycy ruszyła wreszcie z punktu, na którym stała bodaj od 1900 roku. Inna jest rzecz, czy da się utrzymać w całej rozciągłości teorja pochodzenia anafilaktyćznego pryszczycy. O tem sądzić, byłoby dziś dużo zawcześnie. Można jednak już obecnie powiedzieć z całą stanowczością, że przecie nie każda pryszczyca jest wyrazem anafilaksji pokarmowej. Jak nadal rozwijać się będzie to zagadnienie, zależy w znacznym stopniu od ujęcia, które w przyszłości najbliższej nada nauka samemu pojęciu anafilaksji. Czy stać będziemy niewzruszenie na pierwotnem określeniu anafilaksji, czy też rozszerzymy to pojęcie przez zaliczenie ciał niebiałkowych do grupy jadów anafilakujących, czy wreszcie nazywać będziemy anafilaksją każdą sprawę chorobową, wynikającą z zadziałania jadu (*antigène*) na tkanki nań uczulone, zatem na tkanki, zawierające przeciwjady, przeciwciała (*anticorps*) o odpowiedniem powinowactwie chemicznem.

Nie będziemy dziś przesądzali dalszego biegu wypadków. Starać się jednak będziemy badać jaknajdokładniej nasze spostrzeżenia pryszczycowe i skrzętnie zbierać fakty, które przyczynić się mogą do wyświetlenia tych zagadnień. Śród obfitego materjału pryszczycowego posiadam niemało przypadków, opracowanych dostatecznie. Niektóre dają się tłumaczyć w sensie anafilaksji, inne nie mogą być zaliczone do tej grupy zjawisk. Z pomiędzy pierwszych wybrałem kilka bardzo znamiennych spostrzeżeń, których omówieniem zajmę się poniżej. Są to wyłącznie przypadki pryszczycy prawdziwej, pęcherzykowej. Tem mianem zwykliśmy określać niezakaźne zapalne schorzenia skóry nawrotowe, których objawami głównemi są: przekrwienie, spryszczenie, sączenie surowiczego płynu zasychającego w strupy. Po odpadnięciu strupów skóra łuszczy się przez czas dłuższy. Za objaw naczelny tego zespołu chorobowego zwykło się przyjmować pryszczyk. Za czynnik rozstrzygający w powstawaniu schorzeń skóry tego typu powszechnie uważa się przyczyny ustrojowe.

S p o s t r z e ż e n i e I. Sz. M. 48 lat, właściciel składu futer. Chory rozpoczął pracę w swym zawodzie w 14—15 roku życia początkowo jako praktykant, później jako ekspedjent. Obecnie jest on właścicielem dużego składu futer i wyrobów futrzanych. Obraca się więc około 34 lat w atmosferze pyłu futrzanego. Sz. M. był zupełnie zdrów do 1910 r. Wówczas dostał pierwszego napadu pryszczycy z umiejscowieniem na twarzy, szyji i rękach. Leczył się, sprawa jednak powracała początkowo rzadziej, później częściej — mniej więcej 2—3 razy do roku. Zajęte były zawsze jedne i te same miejsca, wskazane powyżej. W 1919 r. widziałem chorego po raz pierwszy. Stwierdziłem obecność pryszczycy pęcherzykowej na twarzy, szyji, małżowinach usznych, oraz na palcach i grzbietach obu rąk. W miejscach tych znajdowały się ogniska, usiane pęcherzykami całkowitemi, lub też słabo sączące i pokryte strupkami. Osutka była najobfitsza w części środkowej twarzy: na skrzydłach i końcu nosa, na wardze górnej i bródce. Skóra tych przestrzeni była stosunkowo więcej zaczerwieniona i dosyć znacznie obrzmiała. Wyraźny obrzęk występował na małżowinach usznych. Skóra rąk była dotknięta w daleko słabszym stopniu, niż skóra na twarzy i szyji. Pieczenie i swędzenie było dosyć dotkliwe. W narządach wewnętrznych nie wykryto żadnych zmian. Mocz przeźroczysty, kwaśny o cięż. wł. 1014 nie zawiera białka i cukru. BW ujemny. Zaleciłem djetę, Mühlbrunn i odpowiednie leki zewnętrzne. Skóra poprawiła się dosyć szybko, i tylko w okolicy nosa oraz ust zmiany trzymały się uporczywiej. Wobec tego miejsca te naświetlono promieniami X, poczem zmiany chorobowe znikły i nastąpiło pozorne wyleczenie. Postępowanie następcze polegało na stosowaniu mydła ichtyolowego i wódki salicylowej 1%. W końcu tegoż roku chory ponownie zwrócił się do mnie z powodu słabego nawrotu pryszczycy, który udało się łatwo opanować zapomocą środków zewnętrznych. Mogłem się wówczas naocznie przekonać, że umiejscowienie nawrotu ściśle odpowiadało opisowi pierwotnemu.

Na jesieni 1920 r. znowu mieliśmy do czynienia z nawrotem natężenia znacznego. Podczas badania zwracało uwagę zaczerwienienie skóry dolnej połowy nosa i wargi górnej, co chory przypisywał współistniejącemu nieżytowi nosa. Wywiady wyjaśniły, że Sz. M. od pół roku cierpi na nieżyt kurczowy nosa (*rhinitis spasmodica*). Co 2—3 tygodnie chory zapada na katar, trwający 8—10 dni. W tym okresie czasu, w godzinach rannych, rzadziej wieczornych występuje nader częste kichanie przeciągające się $\frac{1}{2}$—1 godz., poczem pokazuje się obfita ciecz wodnista (*hydrorrhoea nasale*). Nieżytowi nosa niekiedy towarzyszą zjawiska spryszczenia twarzy i rąk. W danym razie współistnienie obu spraw chorobowych było wyrażone wyjątkowo silnie.

Gdym się dowiedział o takim stanie rzeczy, nie wątpiłem, że są to zjawiska anafilaktyczne, zależne od uczulenia pyłem futrzanym. Doradzałem przeprowadzenie odpowiedniego leczenia odczulającego. Chory zwlekał, gdyż był bardzo zajęty sprawami handlowemi, a pozatem czuł się też lepiej po serji 12 zastrzyknięć dożylnych 10% podsiarczanu sodowego, którą w tym czasie zastosowałem. Na jesien 1921 r. Sz. M. uległ pierwszemu napadowi dychawicy, z której powodu leczył się u kolegów-internistów. We wrześniu widziałem chorego podczas 3-go napadu, przed którym był nieżyt kurczowy nosa i któremu towarzyszył świeży nawrót pryszczycy pęcherzykowej twarzy i rąk. Była to typowa dychawica oskrzelowa z dużą zawartością eozynofilów w plwocinach i z następującym wzorem krwi:

Hemoglobina	86⁰	Sahli
Ciałek czerwonych	5.312.500	
„ białych	9.200	
Wskaźnik barwliwości = 1		
Wielojądrzastych neutrofilów	58%	
„ eozynofilów	5%	
Limfocytów	30%	
Dużych jednojądrowych	2%	
Przejściowych	5%	

Od tej pory chory leczył się głównie z powodu dychawicy i nareszcie zdecydował się unikać w miarę możności zajęć zawodowych. W tym czasie Sz. M. poczynił bardzo ciekawe spostrzeżenia. Przekonał się on, że podczas napadu schorzeń wystarczy wyjechać bodaj na tydzień do Otwocka lub Konstancina, a nieżyt, dychawica lub pryszczyca mijają bardzo szybko i bez wszelkiego leczenia. Najlepiej czuł się chory, gdy w maju 1922 r. wyjechał do Ciechocinka, a następnie do Zakopanego. W ciągu tych 3—3½ m. Sz. M. nie chorował ani razu, co mu się nie przytrafiało od szeregu lat. Gdy jednak bezpośrednio po wywczasach letnich udał się do Lipska na jarmark i spędził jeden dzień w halli futer, dostał tejże nocy napadu dychawicy i nawrotu pryszczycy. To zdarzenie ostatecznie zniewoliło chorego do szukania bardziej radykalnej pomocy lekarskiej.

Leczenie odczulające, które zastosowałem na jesieni 1922 r., zostało przeprowadzone w sposób następujący. Poleciłem zebrać do probówek wyjałowionych wyczeszki kilkunastu gatunków futer, znajdujących się na składzie. Pewną część wyczeszek pokrajano i drobno posiekano na tabaczkę. Z ilości pozostałej kol. Jan W o j c i e c h o w s k i, kierownik pracowni szpitala S-tego Łazarza, przyrządził dwa wyciągi: wyskokowy i acetonowy. Wyciągi miały służyć do prób anafilaktycznych i do leczenia.

Próba Walker'a z »tabaczką« oraz z dwoma wyciągami dała wyniki dodatnie (kontrola czystym wyskokiem i acetonem). Stosunkowo silniejszy był odczyn śródskórny wedle Mantoux, wykonany wyciągiem wyskokowym i acetonowym (kontrola jak wyżej). Oba odczyny były niemal jednakowo silne.

W 3 godz. po zażyciu »tabaczki« (przed południem) chory zaczął kichać. Wieczorem wystąpił silny napad dychawicy, a następnego dnia nawrót pryszczycy, umiejscowionej na nosie, wardze górnej, bródce i szyji. Objawy ustąpiły po tygodniu. Ten sam skutek spostrzegano po założeniu wacika, nasyconego wyciągiem wyskokowym do jednego z otworów nosowych. Zjawiska nastąpiły jednak później i były o wiele słabiej wyrażone — zwłaszcza dychawica. W zespole objawów brakło tym razem kichania. Po zastrzyknięciu podskórnem 0,10 wyciągu wyskokowego nie spostrzegano żadnych następstw prócz pewnego bólu w miejscu ukłucia. Wstrząsu hemoklastycznego nie było. Dawka 0,25 tegoż wyciągu spowodowała po upływie 3 godzin napad dychawicy, po 12 zaś godzinach zjawiska pryszczycy twarzy, szyji i rąk. Wystąpił wstrząs hemoklastyczny.

godz. 10—15 — 8600 ciałek białych — 0,25 wyciągu podskórnie
» 10—30 — 5200 » »
» 10—45 — 2400 » »
» 11 — 4800 » »
» 11—15 — 7600 » »

Leczenie odczulające rozpocząłem od dawki 0,01 wyciągu podskórnie. Stopniowo powiększając dawkę i zastrzykując co dzień lub co drugi doszedłem do 0,50 wyciągu wyskokowego. Zabiegi ukończyłem w końcu grudnia 1922 r. Do dnia I. VII 1923 r. chory nie zapadał na dychawicę, nie miewał kichania kurczowego ani napadów pryszczycy, choć nie oszczędzał się jak dawniej i długo przebywał w swoim składzie futer. Tylko od czasu do czasu zjawiało się swędzenie skóry nosa, a niekiedy też tworzyły się bardzo drobne grupki pęcherzyków na skrzydłach nosowych lub na wardze górnej ust. Objawy takie mijały jednak bardzo szybko pod wpływem wycierania wódką salicylową.

Spostrzeżenie II. Z. M. 55 lat, kucharz choruje od 2 lat na pryszczycę. Do tej pory czuł się wogóle dobrze. Przed laty przechodził ciężką influenzę. Od czasu do czasu zapada na na kiszki i miewa okresy biegunki po 2—3 tygodnie. Chory zawsze odżywiał się dobrze i obficie. Jadał dużo mięsa i ryb, a zawsze lubiał potrawy z jaj, których spożywał około 10 dziennie w jajecznicy, omlecie i na twardo. Pijał. Tyje od lat kilku. Gdy zachorował na pryszczycę, lekarze zalecili mu djetę. Obecnie odżywia się głównie jarzynami, potrawami mącznemi, mlekiem i jajami, które spożywa w ilości jeszcze większej niż dawniej.

Z. M. jest prawidłowo zbudowanym mężczyzną z obfitym podkładem tłuszczu na brzuchu. W płucach stwierdza się objawy dosyć znacznej rozedmy. Granice serca są poszerzone, tony głuche, tętno 90. Język jest obłożony, okolica żołądka wrażliwa podczas uciskania, wątroba łatwo macalna. Mocz nie zawiera składników nieprawidłowych. Tarczyca jest macalna, lecz drobna. Jądro prawe jest wiotkie i mniejsze od lewego (*epididymitis, varicocele*). Odruch oko-sercowy wypadł dodatnio. Na przymiot nie chorował.

W listopadzie 1922 roku stwierdziłem następujący stan skóry. Na twarzy, na kończynach górnych i dolnych oraz na brzuchu znajdują się liczne ogniska rozmaitej wielkości, wykazujące objawy pryszczycy pęcherzykowej w różnych okresach rozwojowych. Przeważa typ pęcherzykowy ze skłonnością do zasychania. Trochę strupków widać tylko w obrębie ognisk większych na udach, przedramionach i na czole. W jamkach podkolanowych skóra zlekka sączy. Niektóre miejsca uległy wyraźnemu zliszajowaceniu (*lichenisatio*) — zwłaszcza w okolicy kostek goleniowych, na podudziach, udach, pośladkach i na przedramieniu prawem. Tutaj też skóra jest niekiedy zabarwiona na kolor brudno-żółty. Swędzenie jest silne.

Zaleciłem środki zewnętrzne, autohemoterapję oraz naświetlenie promieniami Roentgen'a ognisk zliszajowaciałych. Wykonano 10 zastrzyknięć krwi własnej. Chory nieco się poprawił. W miejscach naświetlonych ustąpiło zliszajowacenie. Swędzenie zmniejszyło się znacznie. Świeże ogniska pryszczycowe pokazywały się jednak tu i ówdzie, a dawniejsze ulegały nasileniu. Doradziłem podsiarczan sodowy do wewnątrz 6—10 g. na dobę. Wyników nie było. W pierwszych dniach stycznia 1923 r. chory dostał po raz pierwszy napadu kichania z następczym śluzotokiem nosowym (*rhinitis spasmodica*). Objawy te trwały dni kilka, a następnie wznawiały się co 8—10 dni. Około 7—8 lutego wystąpiło znaczne nasilenie się pryszczycy pęcherzykowej w miejscach już uprzednio zajętych. Poprzedzało je dotkliwe swędzenie w ciągu 1—2 dni, oraz napad kurczowego nieżytu nosa. Nasilenie się sprawy chorobowej Z. M. przypisuje głównie wykroczeniom djetetycznem. Z powodu karnawału jadał nieco mięsa, trochę pił, a miast przekąsek pikantnych spożywał dużo jaj na twardo.

13. II. Próba podług Jaeger'a z formaliną 4%, terpentyną i nalewką pomornikową (*T-ra Arnicae*) wypadła ujemnie.

14. II. wykonałem odczyn naskórny Walker'a mlekiem, białkiem kurzem i 10% roztworem peptonu. Wynik dodatni natężenia średniego był po białku kurzem.

16. II. Próba na wstrząs hemoklastyczny po spożyciu jednego jajka, ugotowanego na twardo:
godz. 11—45 — 5600 ciałek białych — 1 jajko naczczo.
» 12 — 5200
» 12—15 — 1200
» 12—30 — 3100
» 12—45 — 6200

17. II. Próba z wołowiną (niewielki befsztyk).
godz. 11—45 — 6400 — befsztyk naczczo; g. 12 — c. b. 6200. g. 12—15 — c. b. 6800; g. 12—30 — c. b. 7200.

18. II. Próba z mlekiem:
Godz. 11—15 — 6800 (szklanka mleka naczczo); g. 11—30 — 7200; g. 11—45 — 7000; g. 12 — 6800.

Wobec powyższego zabroniłem choremu spożywania jaj pod wszelką postacią. Zezwoliłem natomiast na niewielką ilość mięsa raz dziennie, głównie jednak doradzałem nabiał, potrawy mączne, jarzyny i owoce. Obok środków zewnętrznych (zawiesina z tlenkiem cynkowym i łojkiem) zaleciłem pozatem wykonanie 6 zastrzyknięć mleka. Odczyny po mleku były silne, wynik zaś był doskonały. Objawy anatomiczne pryszczycy szybko ustąpiły, przestały się tworzyć pęcherzyki świeże, swędzenie znikło. Zmiany trzymały się uporczywiej jedynie na udach, w miejscach dawniejszego zliszajowacenia. Tutaj powtórnie zastosowano roentgenoterapję, poczem skóra powróciła do stanu prawidłowego. Po ukończeniu leczenia mlekiem podawałem w ciągu 6 tygodni pepton Witte 0,5 trzy razy dziennie na 1 godzinę przed jedzeniem. Po 3-tygodniowej przerwie chory powtórnie zażywał pepton w ciągu 4 tygodni. Do 1. VII r. b. Z. M. był wolny od pryszczycy i nieżytu kurczowego.

Spostrzeżenie III. 40-letni urzędnik M. S. 11. IV 1923 r. zwrócił się do mnie z powodu uporczywej i silnie swędzącej pryszczycy. Chorób wenerycznych nie przechodził. BW—. W 26-ym roku życia spostrzegł blaszki łuszczycowe na łokciach i kolanach. Przebieg tego schorzenia dotychczas był nader łagodny. Poszczególne blaszki tworzyły się jedynie na łokciach, przedramionach, kolanach i przedudziach. Łuszczyca nigdy nie była leczona. Dziedziczność po wuju. Przed 9 laty zaczął chorować na pryszczycę, która z małemi przerwami trwała do tej pory pomimo leczenia bezustannego i starannego (środki zewnętrzne i wewnętrzne, Mühlbrunn, Kissingen i t. p.). Od roku miewa okresowo napady kichania z następczym śluzotokiem nosowym (*rhinitis spasmodica*).

M. S. jest szczupłym i nader wrażliwym mężczyzną wzrostu średniego. Uskarża się na słabe łaknienie, gniecenie po jedzeniu i uczucie pełności w dołku żołądkowym, skłonność do zaparcia stolca. Język jest obłożony, okolica żołądkowa nieco wrażliwa podczas uciskania, brzuch wzdęty. W narządach oddechowych i w układzie naczyniowym nie wykryto szczególniejszych zmian. Mocz jest prawidłowy poza nadmiarem indolu. Gruczoł tarczowy jest nieco powiększony. Wszystkie odruchy ścięgnowe i skórne są wzmożone. Czucie jest prawidłowe. Przelotny rumień twarzy. Czerwony odczyn skóry (*dermographismus*). Potnienie nadmierne. Wrażliwość na zimno. Lekkie drżenie palców rąk. Odruch oko-sercowy jest dodatni.

Chory podaje, że posiada szczególną wrażliwość na przetwory rtęciowe i prosi, aby nie zalecać maści rtęciowych, które zawsze wywierały fatalny wpływ na pryszczycę.

Podczas oględzin stwierdziłem następujący stan skóry. Na obu łokciach, a także w okolicy kolana lewego znajduje się kilka blaszek łuszczycowych, pokrytych nawarstwieniem obfitem łusek srebrzystych. Na twarzy, szyji i kończynach, głównie zaś na grzbietach rąk, na przedramionach i udach mieszczą się liczne ogniska pryszczycowe typu pęcherzykowego, sączącego i strupkowego. Niektóre uległy zliszajowaceniu (*impetiginisatio*), inne prócz tego zliszajowaceniu (*lichenificatio*). Swędzenie jest nader dotkliwe. Odgraniczenie ognisk jest nieostre. Jak to zazwyczaj bywa w pryszczycy prawidłowej, przejście w otaczającą skórę zdrową odbywa się zapomocą drobnych grupek pęcherzyków świeżych. W 2 miejscach — na przedramieniu prawem i podudziu lewem — widać jednak ostro zarysowane okrągłe, czerwone, wzniesione i soczyste blaszki, usiane pęcherzykami i strupkami. Wyglądem przypominało to naskórkową grzybicę łuszczycowatą (*epidermomycosis nummularis* s. (*ecz. mycoticum nummulare*), lub też łuszczycę, powikłaną spryszczeniem. Dalszy przebieg wyjaśnił, że były to rzeczywiście spryszczone blaszki łuszczycowe.

Przed przystąpieniem do poszukiwań w kierunku anafilaksji pokarmowej i przed wykonaniem prób na wrażliwość skóry, zasięgnąłem wiadomości co do tego, jak się chory odżywia. Okazało się, że przed wystąpieniem pryszczycy M. S. jadał dużo mięsa wołowego, wędlin, jaj i pijał do 2 l. mleka dziennie. Obecnie spożywa cielęcinę, wieprzowinę, jaja (4—6 sztuk dziennie), mleko (1—1½ l. dziennie), mączne potrawy, jarzyny, trochę owoców.

12. IV. Próba wrażliwości skóry podług Jaeger'a.

Formalina 4%	+
Nalewka pomornikowa	—
Terpentyna	+
Sublimat 1:5000	+++

14. IV. wykonano próbę naskórną Walker'a mlekiem, 10% roztworem peptonu i białkiem kurzem. Bardzo silny odczyn zauważono jedynie po mleku.

15. IV. Próba na wstrząs hemoklastyczny. Szklanka mleka naczczo: godz. 11—35 — 7800 ciałek białych (mleko), g. 11—50 — 6100, g. 12—05 — 3200, g. 12—20 — 4200, g. 12—35 — 6800, g. 12—50 — 8100. Limfocytoza 42%. Krzepliwość krwi 14 minut.

17. IV. Próba na wstrząs hemoklastyczny. Befsztyk naczczo: godz. 11—55 — 7400 ciałek białych (befsztyk), g. 12—10 — 6500, g. 12—25 — 6900, g. 12—40 — 7800.

19. IV. Próba na wstrząs hemoklastyczny (1 jajko ugotowane na twardo): godz. 12 — 7900 ciałek białych (jedno jajko), g. 12—15 — 7800, g. 12—30 — 8200, g. 12—45 — 7600.

20. IV. W miejscu próby sublimatowej utworzyło się świeże ognisko pryszczycowe (na podudziu prawem).

W tym przypadku zupełnie usunąłem z djety mleko, ograniczyłem spożycie jaj i mięsa, zaleciłem potrawy mączne, jarzyny, owoce. Obok odpowiednich leków zewnętrznych podawałem wodę Vichy i zastrzykiwałem podskórnie mleko. Zastrzyknięcie pierwsze 3 cm wykonałem 20/IV o godz. 6 wiecz. W 3 godz. potem wystąpiły silne dreszcze, a około północy ciepłota osiągnęła 40,5°. Nazajutrz o godz. 8-ej rano t. 37,6°.

Chory czuł się bardzo osłabionym i nie poszedł do zajęć. Gdym go widział około 11-ej przed południem, stwierdziłem bardzo wyraźny odczyn ogniskowy wszystkich miejsc pryszczycowych. Blaszki łuszczycowe (nie powiklane) były bez zmiany. Następne zastrzykiwania chory znosił o wiele lepiej, zawsze jednak oddziaływał dosyć żywo. Odczyny ogniskowe nie wznawiały się więcej. Ogółem zrobiono 6 zastrzyknięć w dawkach 3—8 cm mleka. Wyniki lecznicze były nadspodziewanie dobre. Pryszczyca szybko ustąpiła przy niemal obojętnem leczeniu miejscowem, pozostawiając słabe łuszczenie i brudnożółtawe zabarwienie skóry. Swędzenie znikło po zastrzyknięciu drugiem. Jedynie dwie spryszczone blaszki łuszczycowe wymagały naświetlenia promieniami Roentgen'a. Do dnia 1/VII chory pozostał bez nawrotu. Również ustąpił nieżyt kurczowy nosa. Doradzałem wznowienie zastrzyknięć mleka w jesieni r. b.

Winienem dodać, że w 10 dni po wystąpieniu odczynu ogniskowego, spowodowanego pierwszem zastrzyknięciem mleka zadałem choremu dożylnie 0,02 oksycyjanku rtęciowego. Nie było odczynu ogniskowego.

Spostrzeżenie IV. 38-letni St. G. choruje na pryszczycę około 13 lat. Sprawa powstała w łączności ze świerzbą, którą chory leczył bardzo energicznie maściami. Od tej pory nieprzerwanie trwają napady pryszczycy. Okresy czynne obejmują kilka tygodni a nawet miesięcy, okresy utajenia pryszczycy przeciągają się do 3 m. W sezonie letnim stan zawsze bywa stosunkowo lepszy. Od 10 lat chory cierpi na nieżyt kurczowy nosa, przyczem zwłaszcza dokuczliwe bywa uporczywe kichanie, trwające po kilka godzin. Nieżyt ten bynajmniej nie zależy od pory roku. W ciągu ostatnich 6 lat St. G. znacznie utył. Na przymiot nie chorował. Ojciec chorował na pryszczycę i umarł z cukrzycy. Był otyły. Pomimo pryszczycy chory nie przestrzega djety ściślejszej i jada dużo mięsa — zwłaszcza wołowego, przekonał się bowiem, że djeta bezmięsna nie wpływa na przebieg schorzenia skóry. Pozatem unika węglowodanów i zup, gdyż nie pragnie więcej utyć. Napojów wyskokowych nie pija. Nie zna potraw, które wywierałyby miały widoczny wpływ szkodliwy na pryszczycę.

Badanie narządów wewnętrznych nie ujawnia żadnych zmian. Mocz przeźroczysty o cięż. wł. 1020, zawiera w osadzie obfite szczawiany i moczany. Tarczyca jest zaledwie macalna. Pobudliwość płciowa jest zmniejszona. Biały odczyn skóry występuje wyraźnie (*dermographismus albus*). Odruchu oko-sercowego nie udaje się wywołać.

Podczas oględzin w dniu 16. II. 1923 roku stwierdziłem osutkę pryszczycową w umiejscowieniu na twarzy, kończynach, tułowiu i narządach płciowych. Na powiekach, na małżowinach usznych, na prąciu i mosznie skóra jest znacznie obrzmiała i sączy obficie. Na kończynach widać mniejsze i większe ogniska pryszczycy pęcherzykowej i strupkowej. Na tułowiu osutka jest bardziej rozsiana. Tutaj śród wykwitów pęcherzykowych znajdują się liczne a drobne twory grudkowate o wyglądzie pokrzywkowatym. Takież grudki mieszczą się też na twarzy w sąsiedztwie sączącej skóry powiek (policzki, skronie, czoło), oraz na kończynach na obwodzie ognisk pryszczycowych. Niektóre grudki są zaopatrzone w pęcherzyk drobny (*papulo-vesicula*). Osutka powoduje silne swędzenie i pieczenie. Całość składa się na obraz t. zw. pryszczycy pokrzywkowatej — *eczema urticatum* (Neisser).

17. II. Próba Jaeger'a na wrażliwość skóry.

Formalina 4%	+
Nalewka pomornikowa	+
Terpentyna	++

18. II. Próba naskórna Walker'a, wykonana mlekiem, białkiem kurzem, peptonem 10% (zimny, świeży wyciąg wodny), wypadła dodatnio z peptonem, wątpliwie z białkiem kurzem. Odczyn peptonowy był dosyć silny. Kontrola zapomocą odczynu śródskórnego Mantoux była przekonywująca co do białka oraz peptonu.

Próba na wywołanie wstrząsu hemoklastycznego dała wyniki ujemne w stosunku do mleka, wieprzowiny i cielęciny. Wstrząs wystąpił natomiast po spożyciu jaj i mięsa wołowego: 23. II. godz. 12—30 — 7200 ciałek białych (pieczeń wołowa naczczo), g. 12—45 — 5000, g. 1 — 2800, g. 1—15 — 3600, g. 1—30 — 6400, g. 1—45 —. 7800. Limfocytoza 48%. Krzepliwość krwi 13 min.

24. II. godz. 11 — 7600 ciałek białych (1 jajko na twardo): g. 11—15 — 6200, g. 11—30 — 5800, g. 11—45 — 7000, g. 12 — 7800 ciałek białych.

Zaleciłem leczenie zewnętrzne oraz djetę małomięsną przy bezwzględnem unikaniu wołowiny oraz jaj. Do wewnątrz podawałem tyreoidę. Wykonałem 5 zastrzyknięć mleka z wynikiem dosyć dobrym. Zmiany skóry ustąpiły na tułowiu i kończynach, poprawiły się widocznie w miejscach sączących. Swędzenie zmniejszyło się wybitnie. Po ukończeniu leczenia mlekiem doradzałem zażywania peptonu po 0,50 trzy razy dziennie na 1 godz. przed jedzeniem. Dalsze losy chorego nie są mi dotychczas znane, gdyż St. G. wyjechał z Warszawy na czas dłuższy.

Spostrzeżenie V. 10. IV. 1923 roku 35-letnia J. B. zasięga porady z powodu swędzącej osutki kończyn.

W latach dziecięcych chorowała na na swędzącą i sączącą wysypkę głowy, twarzy i kończyn, która trwała z przerwami do 14—15-go roku życia. W wieku 10—12-tu lat miewała napady dychawicy (wedle relacji matki). Potem czuła się dobrze aż do zamążpójścia, była jednak szczupła, niedokrwista, nerwowa i miewała migrenę od czasu do czasu. W pożyciu małżeńskiem została zakażona przymiotem (przed 12-tu laty). Podczas pierwszego leczenia swoistego zapomocą wcierań wybuchła wysypka swędząca najpierw na kończynach górnych, później zaś na dolnych oraz na twarzy. Wystąpiło sączenie. Wobec tego przerwano stosowanie rtęci i dalsze leczenie prowadzono arsenobezolem, który to lek chora znosiła dobrze. Od tej pory schorzenie skóry wznawiało się okresowo w tych samych miejscach, pojawiało się zaś z ścisłością matematyczną podczas każdego leczenia rtęciowego bez względu na to, czy rtęć podawano w postaci wcierań, czy zastrzykiwań domięśniowych. Jodek potasowy, a także chinina również wywolują niekiedy nawrót pryszczycy. Z powodu swego schorzenia skóry J. B. nie przestrzega żadnej szczególnej djety. Unika tylko ostrych potraw i przyprawek oraz napojów wyskokowych. Ojciec chorej cierpi na pryszczycę.

Pani J. B. jest szczupłą, niedokrwistą i bardzo ruchliwą osobą, która łatwo się rumieni na twarzy, szyji i mostku. Badanie narządów wewnętrznych nie wykrywa zmian chorobowych. Mocz ujawnia wybitną fosfaturję. BW +. Tarczyca jest macalna, wielkości i spoistości zwykłej. Miesiączkowanie skąpe i rzadkie wedle wzoru $\frac{1-2 \text{ dni}}{42-56 \text{ dni}}$. Odruchy ścięgnowe i skórne są wzmożone, odruch spojówkowy jest słaby, gardłowy — zniesiony. Odruch oko-sercowy jest dodatni (zwolnienie tętna 30). Drżenie palców rąk. Potnienie dosyć znaczne.

Zmiany skóry, badane w dniu 10. IV r. b., powstały po 5-tem zastrzyknięciu domięśniowem 2% (?) bedźwinianu rtęciowego. Wówczas można było stwierdzić osutkę na skórze twarzy i kończyn. Zajęte były głównie przedramiona i uda. Tutaj widać było mniejsze i większe ogniska pryszczycowe, stykające i łączące się ze sobą na przestrzeniach znacznych. Przeważał typ pryszczycy pęcherzykowej, sączącej i strupkowej. Tu i ówdzie występował liszajec. Na ramionach i podudziach zmiany były słabsze i mniej rozległe. Skóra twarzy (czoło, powieki, policzki) była nieco zaczerwieniona i łuszczyła się w stopniu nieznacznym. Swędzenie było dosyć silne.

11. IV. Próba wrażliwości skóry podług Jaeger'a

Formalina 4%	++
Nalewka pomornikowa	+
Terpentyna	+
Sublimat 1 : 5000	++++

13. IV. Próba Walker'a z mlekiem, białkiem kurzem, 10% peptonem oraz z wyciągiem wodnym grochu dała wyniki ujemne. Mantoux nie był stosowany.

Próby wywoływania wstrząsu hemoklastycznego wypadły ujemnie dla jaj, mleka, wieprzowiny, dodatnio dla cielęciny, wątpliwie dla wołowiny.

18. IV. Próba na wstrząs hemoklastyczny. (Pieczeń cielęca): godz. 10—45 — 8100 ciałek białych (pieczeń cielęca naczczo), g. 11 — 6400, g. 11—15 — 4200, g. 11—40 — 5800, g. 11—45 — 7800.

20. IV. Próba na wstrząs hemoklastyczny (Befsztyk): godz. 11—15 — 7800 ciałek białych (befsztyk naczczo), godz. 11—30 — 7200, g. 11—45 — 6200, g. 12 — 6000, g. 12—15 — 7000 ciałek białych.

Zastrzyknięcie dożylne 0,02 oksycyjanku rtęciowego spowodowało po dobie nasilenie się pryszczycy i wystąpienie ognisk świeżych.

Leczenie tego przypadku było o tyle niewdzięczne, że chora nie zgadzała się na zastosowanie metod odczulających względem leków — zwłaszcza rtęci, a nie mogła się też zdecydować na zastrzykiwania mleka. Radziłem nie jadać zupełnie cielęciny i wołowiny, w leczeniu zaś swoistem bezwzględnie unikać rtęci i trzymać się jedynie arsenobenzolów oraz bizmutu. Zaleciłem leki zewnętrzne, a prócz tego pepton (jak wyżej) oraz owarynę. Gdym po miesiącu widział chorą, stan jej był zupełnie pomyślny, niewiadomo jednak, czy trwały. Doradziłem dalsze stosowanie peptonu.

Przytoczone spostrzeżenia należy poczytywać za przykłady pryszczycy pochodzenia anafilaktycznego. W czterech przypadkach (II, III, IV, V) stwierdza się anafilaksję spontaniczną, pokarmową. W jednym (I) uczulenie nastąpiło pod wpływem bodźca obcego, który z zewnątrz przenikał na ustroju. Ostatnie wreszcie spostrzeżenie (V) wykazuje łączność z osutkami lekowemi.

Dr. H. MIERZECKI, asystent kliniki. Lwów.

Eozynofilja, limfocytoza a przyspieszone opadanie krwinek.

Z Kliniki dermatologicznej Uniwersytetu J. K. Dyrektor: † Prof. Dr. W. Łukasiewicz.

Doniesienie tymczasowe.

Badania nad zachowaniem się samoistnego osiadania ciałek *) krwi w przebiegu rzeżączki zwróciły uwagę moją na pewną analogję w występywaniu we krwi t. zw. odczynu Biernackiego i eozynofilji. Celem wyświetlenia tej analogji przeprowadziłem szereg badań nad zależnością między wystąpieniem obu tych zjawisk. Samoistną sedymentację badałem metodą Linzenmeier-Frisch Starlingera z tą tylko małą, a wygodną modyfikacją, że nabierałem i rozdzielałem roztwór Na citr. nie strzykawką ale pipetą. Krew zaś pobierałem igłą z żyły wprost do próbówki. Jako patologiczną średnią opadania przyjąłem wyżej 200 minut.

Eozynofilję określiłem przez oznaczenie wzajemnego stosunku odsetkowego poszczególnych gatunków białych ciałek krwi w preparatach suszonych i barwionych metodą May-Grünwalda i Giemsy, licząc do 200. Jako granicę dla krwi normalnej przyjmowałem u dorosłych 3%, względnie 4% krwinek eozynochłonnych.

Badania moje obejmują 50 przypadków a mianowicie 43 *Urethritis gon.*, 4 *Urethritis postgonococcica* i 3 *Urethritis non gonococcica*. Materjał rzeżączkowy podzieliłem zależnie od czasu trwania sprawy chorobowej na dwie grupy. Grupa I. obejmowała przypadki, których czas zakażenia nie przekraczał dwóch tygodni, grupa zaś II. przypadki, których czas zakażenia trwał dłużej aniżeli 2 tygodnie. Grupa I obejmowała 13 przypadków, odczyn B. dodatni był w 4 przypadkach (około 36,6%), eozynofilja ponad 3% w 2, ponad 4% w 1 przypadku. Współistnienie obu zjawisk stwierdziłem w 1 przypadku, zgodny brak zaś tych zjawisk w 2 przypadkach. Obecną eozynofilję (6% krwinek eozynochłonnych) przy dodatnim odczynie B. (SO 315) stwierdziłem w 1 przypadku 17 dni po zakażeniu. Grupa II. obejmowała 30 przypadków; odczyn B. dodatni w 20 przypadkach (około 66,6%). Eozynofilję ponad 3% stwierdziłem w 16 przypadkach (około 53,3%), ponad 4% w 10 (około 33,3%). Dodatnią zgodność obu zjawisk stwierdziłem (krw. eozynochł. ponad 3%) w 11 (około 36,6%) i w 6 przypadkach (około 20%) przy krw. eozynochł. ponad 4%. Ujemną zgodność obu zjawisk stwierdziłem (krwinki eozynochł. ponad 3%) w 5 przyp. względnie (krw. eozynochł. ponad 4%) w 8 przypadkach. Zgodność tedy wyników obu badań odczynu B. i odsetkowego oznaczania krwinek eozynochłonnych w tej grupie wynosi 53,3% (krw. eozynochł, ponad 3%) wzgl. 49,2% (krw. eozynochł. ponad 4%).

Ujemna zgodność obu tych zjawisk występywała tak w przypadkach zupełnie świeżych, a więc w parę dni po zakażeniu, jak i starszych, w 5 tygodni po zakażeniu (przyp. 250: SO.267 Eoz. 3% w 2 miesiące po zakażeniu. Przyp. 254: SO. 278. Eoz. 3½% w 5 tyg. po zakażeniu, a nawet w 4 miesiące po zakażeniu w stałej obserw. przyp. 238: SO. 200. Eoz. 2%). Ogólna zgodność obu zjawisk wynosiła 60%.

Nie mniej ciekawe są przypadki, w których stwierdzamy niezgodność obu zjawisk i tak przyp. 243 *Urethr. gon. ac. ant.* w miesiąc po zakażeniu, w wycieku G: + SO 235. Eoz. 6%; albo przyp. 251: 8 tyg. po zakażeniu G + SO 288 Eoz 8%; albo przyp. 257: 5 tyg. po zakażeniu SO 268 Eoz 6%). W kilku przypadkach był odczyn B. dodatni, eozynofilja zaś prawidłowa i tak przyp. 237: 4 tyg. po zakażeniu SO 153, Eoz. ½%; przyp. 245: 5 tygodni po zakażeniu SO 35, Eoz. 3%.

Stwierdziłem pozatem, że eozynofilja towarzyszy często w przebiegu rzeżączki limfocytozie i tak w 5 przypadkach, w których liczenie odsetkowe wykazało 6% krw. eozynochł. stwierdziłem 32, 33, 51 i 29% limfocytów; w 2 przypadkach z 8% krw. eozynochł. było limfocytów 28 i 44%, w jednym wreszcie przypadku z 12% krw. eozynochł. było limfocytów 36%; oczywiście nie brakło i tutaj wyjątków i tak w jednym przypadku, w którym sprawa chorobowa trwała 4 tygodnie SO wynosiła 145 Eoz. zaś 2%, było limfocytów 35%.

Urethritis postgonococcica (4 przyp.) nie wykazała ani dodatn. B. ani eozynofilji. W 1 tylko przypadku, przy ujemnym odczynie B. i prawidł. stanie eozynofilów stwierdziłem 32% limfocytów. *Urethritis non gonococcica* (3 przyp.) dała tylko w jednym przypadku dodatni odczyn B. (SO 170) przy prawidłowym stanie eozynofilów (Eoz. 2½%), natomiast 46% limfoc.

Zgodność wyników odczynu B. i odsetkowego oznaczania krwinek eozynochłonnych, stwierdzona w tak znacznym odsetku badanych przypadków, upoważnia nas do wyrażenia przypuszczenia, że oba te zjawiska mogą być wynikiem jednego i tego samego procesu, toczącego się w organizmie. Przeciwko mojemu przypuszczeniu zdawałoby się przemawiać zachowanie się tych zjawisk w przebiegu gruźlicy, gdzie przy tak wybitnie dodatnim odczynie B. nie możemy stwierdzić eozynofilji. Jest to jednakowoż sprzeczność tylko pozorna, skłonni bowiem jesteśmy jak wiadomo do przypuszczenia, że mechanizm powstawania przyspieszonego opadania krwinek jakoteż i eozynofilji jest bardzo niejednolity i różnoraki w rozmaitych, etjologicznie różnych, procesach chorobowych.

*) Gazeta lekarska 1924 Nr. 2.

Dr. Klemens KAUCZYŃSKI, sek. szpit. Lwów.

Airol jako środek przeciwkiłowy.

(Z oddz. skórno-wener. kob. P. Szpitala we Lwowie: Prym. Doc. Dr. R. Leszczyński).

Od czasu wprowadzenia przez Sazerác'a i Levaditiego bizmutu do lecznictwa kiły ubiega prawie trzy lata, a środek ten wytrzymał szereg prób doświadczalnych, klinicznych i laboratoryjnych, nie utraciwszy nic ze swych zapowiadanych zalet. Dlatego długie rozwodzenie się nad historją wprowadzenia go w lecznictwo kiły, przytaczanie licznych wybitnych autorów, którzy mu to prawo obywatelstwa wyrobili, jest w krótkiej notatce zbytecznem.

Bizmut jest niewątpliwie dzielnym środkiem przeciwkiłowym. Dotychczas używany przez nas bizmutowinian sodowo potasowy (luatol), mimo wybitnych własności leczniczych, okazał się w stosowaniu bolesnym i powodującym niekiedy nacieki. Te okoliczności jak również chęć wypróbowania środka nierozpuszczalnego spowodowały, że zainteresowaliśmy się airolem (bizmutum gallicum oxyjodatum). W zamiarze tym utrwaliła nas w międzyczasie ogłoszona praca Nikolau i Blumentala z Bukaresztu, dotycząca właśnie airolu.

Airol o znaku chemicznym $(C_2\ H_2\ OH)_4\ CO_2\ BiOHJ$ jest to szary, bezwonny proszek, nierozpuszczalny w wodzie, o zawartości 41.4% czystego Bi. i 24% jodu. Wyżej wymienieni autorowie zalecają wstrzykiwanie 2 ccm dwuprocentowej zawiesiny oleistej co drugi dzień śródmięśniowo. My natomiast, opierając się na doświadczeniach Giemsy na zwierzętach, wedle którego dosis tolerata Bi na kg. wagi wynosi 0,007 gr., stosowaliśmy 12% zawiesinę airolu w olejku łogowym, czyli 5% zawiesinę czystego Bi.

Rp. Airoli subtil. pulver. 3,00
Ol. Sesami steril. 25,00
M. D. S. s. n.

Biorąc z tego roczczynu 2 cm³ wstrzykujemy przy zastosowaniu zwykłej aseptyki i techniki zastrzyków śródmięśniowych 0,24 airolu, co równa się 0,1 gr. czystego bizmutu. Jest to dawka dwudniowa dla chorych powyżej 60 kg. wagi ciała, a trzydniowa dla chorych niżej 60 kg, (0.050 Bi pro die). W ten sposób w okresie dwumiesięcznego leczenia otrzymywał chory słabszy 20 takich wstrzyknięć, a silniejszy 25 do 30, co w przeliczeniu daje 2.0 gr. do 3.0 gr. czystego bizmutu. Takie wstrzykiwania airolowe stosowaliśmy u 57 kobiet, u których dokonaliśmy 800 zastrzyków śródmięśniowych. Pod względem rozpoznania klinicznego były to:

30 przypadków Lues II.
21 » » latens
3 » » III.
3 » Tabes dors

Chore nie otrzymywały naturalnie żadnego innego leczenia miejscowego, co najwyżej na kłykciny sączące na sromie zasypkę z airolu i talc. venet. aa.

Przedewszystkiem musimy podnieść szybkość ustępowania objawów wtórorzędnych, jak wyniosłych guzków i kłykcin sączących, które już po 2—4 zastrzykach spłaszczały się, przysychały i pokrywały przybłonkiem. Równie szybko ustępowały inne objawy jak osutka plamista na tułowiu i kończynach, dając prawie z reguły po pierwszem wstrzyknięciu odczyn Jarisch-Herxheimera.

Wydzielanie bizmutu kontrolowaliśmy ,badając mocz metodą Ganassiniego; i tak stwierdziliśmy, że pierwsze ślady bizmutu z tego nierozpuszczalnego przetworu pojawiają się w. moczu w 24 godzin po śródmięśniowem wstrzyknięciu, a u chorych, które ukończyły serję 20 zastrzyków, znajdywaliśmy bizmut w moczu jeszcze przez dłuższy szereg dni.

Rozpoczynając nasze doświadczenia postępowaliśmy ostrożnie, obawiając się nagromadzania się (kumulacyi) airolu, jako przetworu nierozpuszczalnego. Dotychczasowe spostrzeżenia nasze, w szczególności kontrola wydzielania, uspokoiły nasze obawy. Co do oddziaływania na nerki, zachowuje się airol podobnie do innych przetworów bizmutowych, arsenowych i rtęciowych. Jest pewna ilość przypadków w każdym okresie kiły, które oddziaływują nań nagłym lecz przemijającym białkomoczem, tak, że nie zachodzi potrzeba przerywania leczenia, ewentualnie wystarcza krótkie kilkudniowe odstawienie leku, Wśród naszych 57 przypadków, w 6 zjawił się przejściowo ślad białka w moczu. Cylindrurji, znajdowanej przez innych autorów, nie stwierdziliśmy.

Wpływ airolu na odczyny serologiczne Bordet-Wassermanna i Sachs-Georgiego jest niewątpliwy. Już po 10 zastrzykach seroreakcja ++++ przechodziła niejednokrotnie na ++, przy utrzymaniu się jeszcze dodatniego S. G. Natomiast po ukończeniu leczenia tak B. W. jak i S. G. wypadały przeważnie ujemnie. Zwłaszcza w jednym przypadku Cephalea luetica, gdzie pomimo dwóch serji leczeń rtęciowo-salwarsanowych B. W. i S. G. utrzymywały się wybitnie dodatnio, po 15 zastrzykach airolu odczyn serologiczny przeszedł w ujemny. Fakt ten pokrywa się z zapatrywaniami Hudelo i Rabuta, którzy stwierdzili wydatniejsze działanie przetworów nierozpuszczalnych na zmianę odczynu serologicznego, oraz z tem, że są przypadki oporne względem leczenia rtęciowo-salwarsanowego, które szybko oddziałują na bizmut. Na dziąsłach nie widywaliśmy przy airolu żadnych zmian, z wyjątkiem lekko czasem zaznaczonego rąbka bizmutowego. Znaczna zawartość jodu (24%) w airolu czyni go może szczególnie odpowiednim dla późnych okresów kiły.

Długoletnie doświadczenia z rtęcią zapoznały nas z różnicą w działaniu przetworów rozpuszczalnych a nierozpuszczalnych. Pierwsze działają szybciej i intenzywniej, drugie powolniej, lecz dłużej. Tak samo rzecz się ma z airolem w stosunku do luatolu.

Ostatecznie uważamy airol za dzielny lek przeciwkiłowy, o wszystkich zaletach innych przetworów bizmutowych, z tą jednak wyższością, że w stosowaniu jest niebolesny i nie powoduje nacieków, co dla lekarza i dla chorego nie jest zgoła obojętnem.

Z praktyki.

Dr. L, FÜLLENBAUMÓWNA. Lwów.

Nasze doświadczenia w leczeniu rzeżączki kobiecej*).

Z oddziału skórno-wenerycznego kobiecego
P. Szpitala Państwowego we Lwowie. Prymarjusz
Doc. Dr. R. Leszczyński.

Dwa motywy skłaniają nas do zdania sprawy z doświadczeń, jakie w leczeniu rzeżączki porobiliśmy w ciągu ostatnich dwóch lat.

Po pierwsze: rozporządzamy dość dużym materjałem rzeżączki kobiecej, powtóre: poglądy wenerologów i ginekologów na tę sprawę znacznie się różnią. Odrazu możemy zaznaczyć, że o ile ginekologowie przeważnie odnoszą się do rzeżączki dość biernie, o tyle większość wenerologów oświadcza się za czynnem postępowaniem.

Rzeżączka u kobiet, podobnie jak i u mężczyzn, jest oporną nie z powodu nadzwyczajnej żywotności gonokoków, lecz głównie z powodu usadawiania się ich w miejscach trudno dostępnych leczeniu (doc. Leszczyński, Pol. Gaz. Lek. 1922 Nr. 44/45).

Z tych powodów dążeniem naszem jest z jednej strony dosięgnąć je we wszystkich zaułkach, z drugiej zaś strony oddziałać na nie podnosząc siły obronne organizmu.—To też najlepsze w obecnej chwili wyniki uzyskujemy, postępując równocześnie obu temi drogami.

Leczenie pochwy nie przedstawia naogół większych trudności. Wiemy od czasów Bumma, że błona śluzowa pochwy u kobiety dorosłej jest złem podłożem dla gonokoków.

Przepłukiwania lekkiemi rozczynami antiseptycznemi jak roztworami soli srebrowych (albarginą, protargolem), kali hypermang. lub ulubionem przez nas zinc. chlorat. wystarczyłyby aż nadto do wyjałowienia jej z gonokokków, gdyby z przydatków coraz to nowe zakażenie nie przychodziło. Błona śluzowa pochwy sama ma stosunkowo mało gruczołów.

Ważne natomiast są dwa gruczoły, na które zawsze należy szczególną zwracać uwagę.

Gruczoły Bartholiniego w pierwszym rzędzie wymagają pilnej kontroli. — Badaliśmy systematycznie wydzieliny tych gruczołów; w razie obecności gonokokków postępowaliśmy w następujący sposób: Przypadki ostrego zapalenia gruczołów Bartholiniego z obrzękiem leczyliśmy okładami aż do ustąpienia ostrych objawów.

O ile nastąpiło zropienie gruczołu, stosowaliśmy zabieg operacyjny — nacięcie (jak zwyczajnego ropnia), przyczem resztki gruczołów usuwaliśmy ostrą łyżeczką, dno wyjaławialiśmy bądźto Paquelinem, bądź środkami chemicznymi.

W przypadkach przewlekłej bartholinitis wstrzykiwaliśmy do ujścia gruczołów Bartholiniego wysokoprocentowe roztwory soli srebrowych. Gdy wyleczenia tą drogą nie można było uzyskać, staraliśmy się gruczoły w całości wyłuszczyć.

W przypadkach zaś, nie nadających się do wyłuszczenia wstrzykiwaliśmy środki drażniące np. protargol lub tinct. Jodi dookoła lub w sam miąższ gruczołu, chcąc tą drogą wywołać zapalenie, prowadzące do zaniku gruczołu lub też zamknięcia dróg odpływowych. Postępowanie to daje dobre wyniki. Najbardziej polecenia godnem jest jednak doszczętne wyłuszczenie gruczołu.

Drugiem miejscem, któremu baczną uwagę poświęcić należy jest cewka.

Cewka kobieca, która budową odpowiada części tylnej cewki męskiej, nie przedstawia naogół większych trudności przy leczeniu. Przestrzykiwania zwykłą strzykawką tryprową prowadzą zwyczajnie dość łatwo do celu.

W pewnej ilości przypadków utrzymywały się jednak gonokokki uparcie w cewce. W takich razach podejrzywać musieliśmy istnienie uchyłku lub nawet ropnia okołocewkowego.

W tych przypadkach uciekaliśmy się do pomocy oddziału urologicznego prym. Leńki, gdzie właściwym chirurgicznym zabiegiem sprawę do wygojenia doprowadzano.

W ostatnich miesiącach stosujemy przy leczeniu cewki pręciki, składu: Protargoli 20,0, aq. dest. q. sat ad sol., Gummi arab. 10,0, Amyli, Sacch. lact. aa 35,0; grubości 6 mm, długości 8 cm.

Zwracamy uwagę na to, by pręciki te wykazywały możliwie znaczną grubość, gdyż rozpychanie mechaniczne ścian przewodów i błon śluzowych ma w leczeniu rzeżączki wielkie znaczenie. W skład pręcików przez nas stosowanych nie wchodzi jako masa osłaniająca tłuszcz, jak to często bywa.

Pręciki, których zarobkę tworzy tłuszcz, nie są w stanie wywrzeć należytego działania odkażającego na błonę śluzową, gdyż nie przylegają do niej i środek leczniczy nie może się łatwo uwolnić. — Korzystniejsze wyniki lecznicze otrzymane przy stosowaniu pręcików tłumaczymy sobie tem, że środek

*) Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Lwowskiego Tow. lek. dnia 23 marca 1923.

leczniczy, zastosowany w formie pręcików, dłużej pozostaje na błonie śluzowej niż w roztworze płynnym. Przy przestrzykiwaniu cewki płyn szybko przechodzi przez krótką cewkę do pęcherza moczowego tak, że tylko krótki czas pozostaje w zetknięciu z błoną śluzową cewki.

Mimo, że niedługo stosujemy pręciki, otrzymaliśmy wrażenie, że w myśl wyżej podanych przyczyn działają one nieco szybciej i dokładniej niż roztwory płynne i że w krótszym czasie usuwają gonokokki.

Bardzo ważnemi są również duże gruczoły śluzowe, umieszczone przy ujściu cewki t. zw. gruczoły Skenego, w nich bowiem mogą gonokokki długo się gnieździć i z nich wychodzą niejednokrotnie głębokie ropienia okołocewkowe. Najłatwiej leczą się zapalenia gruczołów Skenego elektrolizą lub galwanokauterem. Ponieważ nie jesteśmy w posiadaniu odpowiednich aparatów, wstrzykiwaliśmy w takich razach dawnym, prostym sposobem cienką, tępą igłą silne środki drażniące, powodujące zapalenie z zanikiem gruczołu.

Dotychczas leczenie rzeżączki kobiecej (dróg płciowych dolnych) przedstawiałoby się dość prosto. Właściwe trudności zaczynają się wtedy, gdy rzeżączka przechodzi na górne drogi płciowe. Tu też zaczyna się różnica poglądów między rozmaitymi autorami.

Znane nam są przyczyny, które skłoniły lekarzy dawniejszych do uważania rzeżączki wnętrza macicy i wyżej za »noli me tangere«.

Sądzimy jednak, że zapatrywania te wskutek wprowadzenia leczenia ogólnego, wzmagającego siły obronne ustroju straciły na znaczeniu. Dlatego też, zostawiając sobie na później omówienie leczenia miejscowego wnętrza macicy, zajmiemy się teraz sprawą uodpornienia ustroju.

Pierwszy Brück a następnie Oppenheim, Müller znaleźli w surowicy krwi chorych na rzeżączkę swoiste niweczniki. Postanowiono przeto w leczeniu rzeżączki wykorzystać siły obronne samego ustroju. Przez stosowanie surowicy przeciwgonokokkowej starano się uzyskać bierną odporność. Metoda biernej odporności nie dała jednak spodziewanych wyników, wobec czego zwrócono się do czynnego uodparniania ustroju.

Pierwsze systematyczne próby czynnego uodparniania pochodzą od Wrighta. Oznaczanie indexu opsoninowego, jak tego Wright pierwotnie wymagał, robiło metodę tę uciążliwą a jak się później okazało, było zbędnem.

Od r. 1909, w którym Bruck podał wielowartościową szczepionkę gonokokkową (artigon), leczenie to przyjęło się i zaczęło na większą skalę być stosowane.

Ponieważ szczepionka zawiera zawiesinę z gonokoków zabitych, powinna teoretycznie działać jako antigen i wprowadzenie jej do ustroju ma pobudzić siły obronne organizmu.

Początkowo używano szczepionek autogennych, wkrótce jednak przeszli wszyscy do gotowej szczepionki wielowartościowej.

Dziś w wielu pracowniach i wytwórniach przygotowuje się szczepionki przeciwgonokokkowe. Musimy podkreślić, że nie wszystkie są równowartościowe. Podczas gdy jedne t. zw. »ostre« dają duże odczyny i dobry skutek, inne bywają bardzo słabe. Zależy to nietylko od szczepów lecz też od sposobu przyrządzania.

Szczepionkę stosuje się podskórnie, śródmięśniowo i dożylnie. Za miarę skuteczności szczepionki uważamy o g ó l n ą r e a k c j ę gorączkową. Po injekcji należy przeczekać okres t. zw. fazy ujemnej. Niektórzy autorowie, między innymi Reiter, sądzą, że przy leczeniu szczepionką nie potrzeba reakcji gorączkowych, że leczenie bez wywołania reakcji gorączkowych też daje dobre wyniki. Podobnie twierdzą Kyrle i Mucha. Do tego zapatrywania nie możemy się przychylić.

Prócz odczynu ogólnego stwierdzić też możemy przy leczeniu szczepionką r e a k c j ę o g n i s k o w ą, która się wyraża w przekrwieniu tkanki schorzałej i zwiększeniu wydzieliny.

Naogół, jak wiadomo, najlepsze skutki po leczeniu szczepionką widzimy w postaciach zamkniętych rzeżączki, znacznie słabsze w postaciach otwartych.

Jak widzimy stosowanie szczepionki przeciwrzeżączkowej będzie miało za zadanie:

1) sprowadzić wyginięcie gonokokków w miejscach zamkniętych (salpingitis, adnexitis),

2) wydobycie ich z prądem limfy, towarzyszącym przekrwieniu z głębi błon śluzowych na powierzchnię,

3) stworzenie podglebia niekorzystnego dla rozwoju gonokoków na całej zajętej przestrzeni i zapobieganie dalszym powikłaniom, jakoteż rozszerzaniu się procesu,

4) kontrolę wyleczenia.

Wszystkie te dodatnie strony działania szczepionek dziś ogólnie uznane, są aż nadto wystarczającą zachętą do szerokiego stosowania leczenia szczepionkami. Dlatego uważaliśmy za nasz obowiązek każdy przypadek powikłanej rzeżączki poddać leczeniu szczepionką. Za powikłanie zaś uważaliśmy już każde zajęcie błony śluzowej szyjki macicy, względnie górnych narządów płciowych.

Innemi słowy każda gonorrhoea superior była u nas leczona szczepionką.

Niektórzy autorowie chcieli odnieść skuteczność szczepionek do działania nieswoistych substancji białkowych. Co więcej starano się szczepionki zastąpić innemi substancjami, które miały rozwijać tak zwane działanie ergotropowe, mobilizujące, aktywujące i t. p. Stosowano mleko i jego pochodne, stosowano kollargol, elektrargol i t. d.

Z podobnem zapatrywaniem nie możemy się zgodzić. Nie ulega bowiem dla nas wątpliwości, że w szczepionce obok białek bakteryjnych działają też i s u b s t a n c j e s w o i s t e. Z tych powodów działanie szczepionki musi być różne od działania bodźców nieswoistych.

Doświadczenia nasze z mlekiem wykazały nam, że skuteczność jego jest mniejsza niż d o b r e j szczepionki, nie mówiąc o bolesności i burzliwych reakcjach, towarzyszących stosowaniu mleka.

Niewątpliwie zarówno po mleku jak i po salwarsanie, (który stosowaliśmy w kilku przypadkach powikłanych z pyelitis i w kilku z adnexitis) widzieliśmy poprawy.

Działanie swoiste szczepionek okazało nam się jednak o tyle wyższem, że głównie posługiwaliśmy się niemi.

Stosowaliśmy szczepionki podskórnie, śródmięśniowo i dożylnie. Te ostatnie zawsze w dawce 10-krotnie mniejszej.

Wypróbowaliśmy szczepionki z Zakładu epidemjologicznego w Warszawie, szczepionkę wyrabianą przez Zakład Higjeny we Lwowie a obecnie używamy szczepionki wyrobu firmy »Serovac«, t. zw. Gonovacu. Szczepionki warszawskie okazały się bardzo słabemi, tak, że przy stosowaniu dożylnem (!!) musieliśmy iść w dawkowaniu w miljardy, chcąc uzyskać pewien skutek.

Przy stosowaniu podskórnem szczepionki te okazały się nader mało skutecznemi.

Szczepionka Zakładu Higjeny wytwarzana na sposób artigonu, w dawkach i skuteczności dorównuje przedwojennemu artigonowi. Tą stosowaliśmy podskórnie lub śródmięśniowo w dawkach od $^1/_2$ gr — 2 gr. i wyżej. Szczepionka ta daje wyborne reakcje i jest rzeczywiście skuteczna.

Podnosimy te szczegóły dlatego, że rozbieżność zdań o szczepionkach pochodzi niewątpliwie w dużej mierze od rodzaju szczepionki używanej przez dotyczącego autora.

Leczyliśmy szczepionkami w 2 latach około 200 chorych. Chore otrzymywały przeciętnie 6—7 wstrzykiwań, największa ilość w jednem leczeniu dochodziła do 12 injekcji.

Odstępy między pojedynczymi zastrzykami zależne były od wielkości odczynu.

Spostrzegaliśmy dość często podniesienie ciepłoty do 39°, utrzymujące się nieraz przez następny dzień.

Ponadto obserwowaliśmy dość często odczyny ogniskowe w przydatkach macicy w postaci zaostrzenia procesu już istniejącego.

Nigdy jednak odczyn ten nie dochodził takich stopni, aby wywołać szkodliwe następstwa. Podrażnienia otrzewnej nigdy nie zauważyliśmy, podobnie nigdy nie widzieliśmy zajęcia przydatków macicy lub trąbek, przedtem zdrowych. Odczyn ogniskowy, nawet bardzo wybitny, ustępował zazwy-

czaj po kilku dniach. Przed każdem rozpoczęciem leczenia szczepionką poddawaliśmy chore badaniu ginekologicznemu.

W niektórych przypadkach (około 20) zdarzały się krwawienia z macicy, jako skutek przekrwienia reakcyjnego. Krwawienie to przechodziło najpóźniej do 10 dni, przebiegało bez gorączki i nie miało żadnych szkodliwych następstw. Co więcej — niejednokrotnie po takiej silniejszej reakcji można było zauważyć poprawienie się procesu chorobowego a nawet niekiedy zniknięcie gonokoków.

Oprócz wymienionych silniejszych, a nawet nieco burzliwych reakcji, bywały zwyczajnie słabsze, objawiające się tylko bólami w krzyżach, w okolicy zajętych przydatków i ewentualnie wzmożoną wydzieliną z ujścia zewnętrznego macicy. Stany zapalne przydatków macicy po pewnej ilości wstrzykiwań, łącznie z leczeniem miejscowem lub bez niego, znacznie się poprawiały. — O wyleczeniu doszczętnem trudno nam mówić, ponieważ celem do któregośmy dążyli było w pierwszym rzędzie usunięcie gonokokków z wydzieliny.

Stosowanie wydatne szczepionek ułatwia nam bezwarunkowo osiągnięcie tego celu, przyczem otrzymujemy przyśpieszenie cofania się objawów zapalnych.

Teraz wypada nam wrócić do sprawy leczenia miejscowego wnętrza macicy, co do której, jak zauważyliśmy poprzednio, panuje rozbieżność poglądów.

Celem naszym jest w pierwszym rzędzie usunięcie gonokoków z wydzieliny.

Jasnem jest, że leczenie pochwy i jej przydatków nie może doprowadzić do ostatecznego wyleczenia, jeżeli z góry, z wnętrza macicy coraz to nowe gonokoki przychodzą — wobec tego musimy starać się wyjałowić przedewszystkiem górne drogi.

Niebezpieczeństwa czynnego leczenia wnętrza macicy są ogólnie znane. Przy zbyt energicznem lub nieostrożnem postępowaniu obawiać się można znacznego zaostrzenia procesów zapalnych, propagacji zakażenia w górę, powikłań ze strony przydatków macicy a nawet i ze strony otrzewnej.

Na to odpowiedzieć musimy: że 1) grozi to przy nieostrożnem postępowaniu a 2) że w szczepionce posiadamy obecnie metodę, która nas od tych niepożądanych powikłań może uchronić.

Jedną z właściwości działania szczepionek jest pogorszenie gleby i przez to właśnie zapobieganie rozszerzaniu się procesu i występowaniu powikłań.

Sądziliśmy, że przygotowawszy poprzednio teren zapomocą szczepionek możemy z dużo mniejszym ryzykiem i lękiem przystępować do leczenia miejscowego wnętrza macicy.

We wspomnianem leczeniu ważną jest rzeczą, czy ma się do czynienia z zajęciem tylko szyjki czy i wnętrza macicy.

Wiemy, że ujście wewnętrzne (wąski fałd błony śluzowej) stanowi tylko granicę anatomiczną, a nie stanowi wcale przeszkody dla przechodzenia gonokokków. Stąd też wielu lekarzy uważa, że niema zajęcia szyjki macicy bez zajęcia wnętrza i, że przy każdem zajęciu szyjki należy już leczyć i jamę macicy. My leczymy przedewszystkiem błonę śluzową szyjki macicy, na którą działamy po usunięciu wydzieliny 10% protargolem glicerynowym, roztworem azotanu srebra od $^1/_2$—4%, lub chlorkiem cynku 10%. Środki te wprowadzamy sondą Playfaira, starając się nie przechodzić poza ujście wewnętrzne macicy. Leczenie to, zwłaszcza w kombinacji z leczeniem szczepionką, daje nam całkiem zadowalające wyniki, o ile gonokoki z góry nie nadpływają. Wydzielina z szyjki staje się już w krótkim czasie rzadszą, skąpszą, gonokoki znikają po dłuższym lub krótszym czasie.

Leczyliśmy miejscowo szyjkę macicy w każdym przypadku, w którym w wydzielinie z części pochwowej macicy znaleźliśmy gonokoki, wyłączając z leczenia tego tylko sprawy ostre, gorączkowe, z ostrem zajęciem przydatków.

W ciągu dwóch lat leczyliśmy około 200 przypadków Playfairem i nigdy nie spostrzegliśmy ani przeniesienia na jamę macicy, ani innych powikłań.

W przypadkach, w których uporczywie dłuższy czas, mimo skombinowanego leczenia, gonokoki w szyjce się utrzymywały, przyjmowaliśmy zajęcie i jamy macicy.

W tych to przypadkach należy naszem zdaniem przystąpić do leczenia jamy macicy.

Co do leczenia tego istnieje różnica zdań między wenerologami a ginekologami.

Cały szereg wybitnych wenerologów jak Marszalko, asystenci Marszalka (Paradi, Csiki, Kugel), dalej Almkvist, Cronquist i cała szkoła sztokholmska, Pontopiddan (Kopenhaga) Pinkus, Blaschko (Berlin), Neisser (Wrocław), Jadassohn (Berno) i wielu innych propaguje gorąco czynne leczenie błony śluzowej wnętrza macicy.

W r. 1903 opisuje Paradi (Archiv. f. Haut u. vener. Krankh. Tom 65.) z kliniki Marszalka sposób i wyniki leczenia jamy macicy. Według tego autora ważnem jest dokładne zbadanie stanu przydatków macicy przed rozpoczęciem leczenia. Badanie to przeprowadza się przed, podczas i po ukończeniu leczenia. Wszystkie zarzuty przeciwników jako to: propagacja procesu, zajęcie trąbek, otrzewnej, embolji śmiertelnych i t. p. zbiją Paradi. Okazało się w jego przypadkach, że tylko w bardzo małej ilości przypadków była po ukończeniu leczenia adnexitis, która mogła być tegoż wynikiem.

Niebezpiecznych powikłań nigdy nie miał.

Według autora tego, skoro płyn ma możność odpływu nie może dawać uszkodzeń.

Udało się Paradiemu przy pomocy badań ginekologicznych wykazać polepszenie już istniejących zmian w przydatkach, dzięki leczeniu miejscowemu macicy.

Podobne leczenie miejscowe macicy poleca Almkvist w swej pracy w r. 1914*). Wstrzykiwał on od roku 1911 masę półstałą, składającą się z Tragacanthae 3,10 Aq. dest. 100,0 Spir. vini conc. 2,5. Masą ta, podobna do żelatyny z powodu swej konsystencji, przylega dobrze do błony śluzowej. Tesame doświadczenia zrobił Engleson z kliniki Almkvista i lekarze Csiki i Kugel z kliniki Marszalka. Oni mieli tą metodą do 80% wyleczeń; w przypadkach już powikłanych uzyskiwali wyleczenie w 40% przypadków.

Mając przed oczyma tak zdecydowane poglądy wybitnych znawców, przekonawszy się, że leczenie samej szyjki macicy w razie zajęcia jamy nie może doprowadzić do celu, postanowiliśmy na naszym oddziele przystąpić również do czynnego leczenia wnętrza macicy.

Czuliśmy się do tego tembardziej zachęceni, że stosujemy obficie szczepionkę. Zaznaczamy raz jeszcze, że naszem zdaniem szczepionka pogarsza wybitnie podglebie, zapobiega rozszerzaniu się gonokokków, że przeto ryzyko, połączone z zabiegami w endometrium, zostaje znacznie zredukowanem.

Postępowaliśmy zatem w przypadkach rzeżączki górnych dróg następująco:

Przedewszystkiem podawaliśmy szczepionkę, a przygotowawszy niejako teren, po kilku zastrzykach przystępowaliśmy do leczenia miejscowego szyjki macicy. Gdy nie było większych odczynów, a gonokokki się utrzymywały, przystępowaliśmy dopiero do leczenia wnętrza macicy. Leczenie wnętrza macicy rozpoczęliśmy dopiero od roku.

Naturalnie wszystkie ostre stany, czy to macicy, czy przydatków są od tego postępowania wyłączone.

Jak dotychczas, nie stosowaliśmy się do polecenia Marszalka i Almkvista, aby przy każdem zajęciu cervix odrazu leczyć równocześnie i endometrium. Myśmy zabierali się do leczenia wnętrza macicy dopiero w przypadkach, w których leczenie samej szyjki nie dawało wyników.

Stosowaliśmy głównie 10% protargol z gliceryną. Wprowadzaliśmy płyn ten strzykawką Brauna po nastawieniu we wzierniku części pochwowej macicy i ustaleniu macicy przez zahaczenie części pochwowej kulociągiem.

Przy zajęciu macicy można się było zawsze bez trudności dostać poza ujście wewnętrzne (!!). Przeprowadzaliśmy w ten sposób ostrożnie płyn poza ujście wewnętrzne (około $^1/_2$gr płynu) i wycofywaliśmy się równie ostrożnie.

U chorych dotychczas leczonych robiliśmy 1 wstrzykiwanie tygodniowo, ogółem u każdej 3—4 wstrzykiwań.

W przypadkach tych doprowadzaliśmy zawsze do znik-

*) Dermatol. Wochenschrift 1914. Nr. 17.

nięcia gonokokków z wydzieliny. Nie zauważyliśmy w naszych przypadkach żadnego ubocznego działania ani uszkodzenia, z wyjątkiem nieznacznych bolów w brzuchu, na które się chore czasem skarżyły. Dotychczas nie mamy jeszcze zbyt wiele spostrzeżeń, jednakowoż brak jakichkolwiek niekorzystnych doświadczeń zachęca nas do dalszego postępowania na tej drodze.

Znikanie szybkie gonokokków wskazuje natomiast, że droga ta jest dobrą i prowadzi do celu.

Pontopiddan, spowodowany zarzutami sztokholmskich ginekologów przeciw czynnemu postępowaniu wenerologów, wykazał na materjale lat 1911—1915, że niema różnicy w częstości powikłań ze strony przydatków w przypadkach leczonych czynnie czy biernie.

Ponieważ my uważamy przygotowanie terenu przez szczepionkę za wstępną conditio sine qua non przed zabiegami w endometrium, sądzimy, że słuszne może dawniej obawy dziś tracą coraz bardziej swe uzasadnienie.

Warunkiem jest, aby użyć dobrej szczepionki. W dążeniach naszych musimy odróżnić 2 cele ostateczne. 1) Leczenie przyczynowe, to jest usunięcie gonokokków, a 2) usunięcie zmian przez te gonokokki wywołanych.

Ponieważ drugiego celu, bez spełnienia warunku pierwszego osiągnąć nie możemy, dlatego wszystkie dążenia nasze skierowane były przedewszystkiem w kierunku pierwszym.

Za wyleczone uważaliśmy te przypadki, gdzie staranna kontrola nie wykazywała gonokoków. W orzekaniu o wyleczeniu trzymaliśmy się 3 wytycznych: 1) badanie po przerwie kilkudniowej, 2) badanie po prowokacji szczepionkowej, 3) badanie po prowokacji naturalnej jaką są menses. Badania po miesiączce powtarzamy dla kontroli wyleczenia w razie pilnego zgłaszania się chorej przez kilka miesięcy.

Sprawozdania poglądowe

A. PUŁAWSKI. Warszawa.

Współczesne poglądy na Ch. Basedowa i jej leczenie *).

Osobliwy zespół objawów, który Niemcy nazwali Ch. Ba. (Hirsch 1858), Anglicy, a po części i Francuzi Ch. Gravesa, albo poprostu wolem z wysadzeniem gałek ocznych (*goître exophthalmique*) — od lat kilkudziesięciu (1835) jest przedmiotem dociekań, hypotez, sporów, co znalazło wyraz w niezwykle bogatem piśmiennictwie tej choroby, dochodzącem obecnie do 4 tysięcy z górą numerów bibljograficznych (Sattler 1909, Chwostek 1907), w czem niecała setka (±60) przypada w udziale naszemu piśmiennictwu choć choroba ta dawno jest u nas znana (1-szy przyp. Szokalskiego w 1863 r.). Ch. Ba, z różnych względów nie często spotykana w klinikach i szpitalach, długo była uważaną za rzadkość i jako taka, cieszyła się większem zainteresowaniem w literaturze, niż w życiu. Dopiero z chwilą, gdy się lepiej wyjaśniła jej etjologja, gdy podjęte w imię tej idei leczenie zaczęło dawać lepsze, a przynajmniej prędsze wyniki, wreszcie, gdy obok obrzęku śluzowatego stała się typową przedstawicielką chorób gruczołów dokrewnych, wzrosło zainteresowanie się tem cierpieniem wśród ogółu lekarzy i publiczności. Rozpoczęła się rewizja posiadanych o tej chorobie wiadomości, zaczęto ją rozpoznawać we wczesnych okresach, przyczem stwierdzono, że choroba ta wcale nie jest tak rzadką, jak dotąd myślano. Wskutek wynajdywania coraz to nowych jej objawów, wskutek stworzenia nawet osobnej grupy Ch. Ba, w której kardynalne jej objawy zacierały się niejako wśród innych mniej stałych (t. zw. postać zatarta *forme fruste* Charcota), zaczęto ją rozpoznawać może zbyt pochopnie, co dało powód Chwostek'owi do ironicznej uwagi, że w czasach obecnych nasuwa się pytanie, czy są ludzie, którzy nie mają Ch. B-a? (*Welcher Mensch hat keinen Basedow?*). Chorzy nerwowi zaczynają chorować na basedowofobję.

Tem więcej przeto lekarze praktyczni bez względu na uprawianą przez nich gałąź medycyny, mają obowiązek wyrobienia sobie poglądu krytycznego na to cierpienie, powinni znać wyniki współczesnych badań klinicznych i doświadczalnych, aby ocenić ich wartość w zastosowaniu do sztuki lekarskiej, która stanowi główne zadanie medycyny.

Tą myślą powodowany, chciałbym uwydatnić kilka zasadniczych pojęć, tyczących się Ch. B-a, na podstawie współczesnego dorobku naukowego i własnego długoletniego doświadczenia.

Co się tyczy patogenezy Ch. Ba, to, nie wdając się w ocenę dawniejszych hypotez, musimy stwierdzić, że tarczyco-pochodna teorja tej choroby — teorja Gauthiér-Moebiusa — zwyciężyła. Jeżeli z biegiem czasu uległa pewnym zmianom, o czem zaraz powiemy, jeżeli okazała się niedostateczną do zupełnego wyjaśnienia patogenezy Ch. Ba, a nawet niektórych kardynalnych jej objawów (n. p. *exophthalmus*), to jednak stała się punktem wyjścia do dalszych badań, które pogłębiły nasze wiadomości o tej chorobie. Bądź co bądź, nie można teraz mówić o Ch. B-a z pominięciem tarczycy, ani zapominać o ważnej roli, jaką ten gruczoł odgrywa w gospodarce naszego ustroju. Zarówno spostrzeżenia kliniczne jak i badania anatomo-patologiczne wykazały, że niema Ch. Ba bez udziału tarczycy.

Zmiany tego gruczołu w Ch. B-a nie mają nic swoistego w tem znaczeniu, że nie spotykamy tu żadnych szczególnych elementów gruczołowych, których nie możnaby znaleźć i bez Ch. B-a, ale znajdujemy gwałtowne, jak mówi A. Kocher (syn), pomnożenie normalnych elementów gruczołowych, jakiego nie spotykamy w gruczole normalnym u ludzi zdrowych.

Czy Ch. Ba polega na nadmiernej tylko czynności wydzielniczej tarczycy, czy wytwarzaniu jakiegoś swoistego jadu (*hyper-* czy *disthyreoidismus?*), tego pytania nie podejmował się rozstrzygnąć sam twórca teorji tarczyco-pochodnej Moebius, uważając to, jak mówił, za muzykę przyszłości. Późniejsze badania przemawiają raczej za tą pierwszą hypotezą (*hyperthyreosis*), a to z tego względu, że wydzielina tarczycy basedowskiej i przeszczepianie gruczołu leczy antytezę Ch-B-a — obrzęk śluzowaty, nie wywołując Ch. B-a (Hoenike, Fonio, Kocher). Odosobnione i przez nikogo nie potwierdzone stoją doświadczenia Klosego na zwierzętach (foksterjerach): przez zastrzykiwanie świeżego soku, wyciśniętego z tarczycy basedowskiej udało się Klosemu wywoływać objawy Ch. B-a: tachykardję, drżenie, wychudzenie, nawet wytrzeszcz, czego nie mógł osiągnąć przez zastrzykiwanie soku zdrowej tarczycy. Co innego mówią doświadczenia wykonane u nas w pracowni neurobjologicznej Flataua przez Symchowicza, który wywoływał objawy zbliżone do Ch. B-a i głębokie zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym u królików przez podawanie *per os* tyreoidyny, a więc substancji zdrowej tarczycy. U psów występowało wychudnienie i objawy troficzne na skórze.

Za istotę działającą wydzieliny tarczycy Oswald uważa odkrytą przez siebie jodtyreoglobulinę — substancję białkową, zawierającą jod, ma ona być czystszą i prostszą od jodotyryny, odkrytej poprzednio przez Baumana. Klose za taką istotę uważa hypotetyczną basedowjodynę, mającą być produktem chorej tarczycy. Trudno jest orzec, którą z tych substancji uważać za hormon tarczycy. Oswald utrzymuje, że jdtg. przechodzi do krwi, jak to wykazał Asher zapomocą subtelnych metod fizjologicznych oraz, że minimalne dawki tego przetworu (0,05 p. die) leczą obrzęk śluzowaty i kretynizm endemiczny. Do doświadczeń i w celach leczniczych używa się zwykle gruczołu tarczowego sproszkowanego (*thyreoidinum siccum Merck* i in.). Że jad, powodujący zatrucie ustroju przez nadmierną wydzielinę tarczycy istnieje, a co ważniejsza, że ustrój nie zachowuje się wobec niego biernie, lecz wytwarza swoiste niweczniki, które z antygenem swoistym (t. j. wydzieliną tarczycy) zachowują się tak, jak niweczniki bakteryjne lub inne, t. j. odchylają dopełniacz i hamują hemolizę, dowodzą doświadczenia K. Rzętkowskiego (w pracowni S. Mutermilcha), przedsiębrane niezależnie od takichże doświadczeń A. Paposula z Bukaresztu. Badacze ci dowiedli, że przy pomocy odczynu Bordet-

*) Według referatu, wygłoszonego na V. Zjeździe internistów polskich w Wilnie 10. VII. 1923.

Gengou udaje się często we krwi ludzi chorych na tarczycę (wole, Ch. B-a) wykryć obecność swoistych niweczników, których niema nigdy w surowicy ludzi ze zdrową tarczycą. Różnica między wynikami tych badaczy jest taka, że Paposulo jako antygenu używał wyłącznie wyciągu z wola basedowczyków, Rzętkowski zaś — antygenu ze zdrowej tarczycy. Innemi słowy badania Paposula przemawiają za dystyreoidyzmem (jak Klosego), Rzętkowskiego — za hypertyreoidyzmem w Ch. B-a (tak samo jak doświadczenia Symchowicza).

Oswald modyfikuje teorję Gauthier-Moebiusa w ten sposób, że nie uważa hypertyreoidyzmu za *primum movens* choroby Basedowa; powiększenie tarczycy nie zawsze jest chronologicznie pierwszym objawem Ch. Ba — dość często poprzedzają go zmiany psychiczne, tachykardja i t. d. Tarczyca znajduje się pod bezpośrednim wpływem układu nerwowego i na tej drodze jest pobudzana do działalności wydzielniczej, jak to ma miejsce w gruczołach, posiadających przewody wydzielnicze, co już stwierdzono dla nadnerczy. W ten sposób tarczyca przedstawia się, jako narząd wstawiony do układu nerwowego, otrzymuje bodźce od tegoż i przez wydzielinę swoją te bodźce potęguje. Tarczyca więc i nadnercza są to narządy wzmacniające — multyplikatory będące na usługach układu nerwowego i tylko za pomocą tegoż wpływają na chemizm tkanek.

Nowa, dotychczas jeszcze pełna niespodzianek dziedzina patologji — nauka o wydzielaniu wewnętrznem, mająca u nas tak znakomitych przedstawicieli, jak Cybulski, Szymonowicz, Popielski i Hornowski — zyskała w Ch. B-a wdzięczne pole do badań, które przyczynią się do jej wyświetlenia. Rozpatrywana pod tym kątem widzenia Ch. B-a staje w jednym szeregu nie tylko z obrzękiem śluzowatym, ale z chorobą Addisona, akromegalją, tężyczką i wielu innemi chorobami, nieznanemi lub inaczej pojmowanemi (n. p. otyłością, według ostatnich badań L. Paszkiewicza z pracowni J. Hornowskiego).

Jak wszystkie te cierpienia, Ch. Ba nie jest wynikiem zaburzeń w czynności jednego tylko gruczołu wzgl. tarczycy. Gruczoły dokrewne znajdują się między sobą w związku: w razie zaniku jednego z nich lub nadmiernej pracy, inne wzmagają swoją czynność lub ją zawieszają.

W Ch. B-a niewątpliwie bierze czynny udział grasica. Na sekcjach basedowczyków prawie zawsze znajdujemy przerost grasicy (Chrustalew w 65%, Matti w 74%). Według Klosego nadmierna (on dodaje i chorobliwie zmieniona) wydzielina tarczycy działa szkodliwie na jajniki. Wskutek zmniejszenia lub zniesienia czynności tychże, zjawia się odżycie a nawet przerost grasicy (od tego zależy tak często spotykana w Ch. Ba. limfocytoza i stan grasiczo-gruczołowy). Klose dzieli przypadki Ch. Ba. na 3 kategorje: do 1-szej, najliczniejszej, należą takie, w których główny udział bierze tarczyca, a grasica ulega zmianom nieznacznym, które przechodzą po ograniczeniu czynności tarczycy (wzgl. strumektomji). Grupa II., w której tarczyca i grasica jednocześnie ulegają zmianom swoistym (bujanie nabłonka gruczołowego). Wtedy usunięcie samej tylko tarczycy nie pomaga, dopóki nie usunie się grasicy. Taką właśnie podwójną operację wykonano w klinice Rehna w 37 przypadkach z najlepszym skutkiem. Do 3-ej wreszcie kategorji Klose zalicza te, rzadkie zresztą przypadki, w których Ch. Ba. zależy wyłącznie od zmian w czynności grasicy, a gruczoł tarczowy gra rolę podrzędną. W takich razach wskazaną jest tymektomja. Klose widział 2 takie przypadki. Na tle udziału innych gruczołów dokrewnych w Ch. Ba. powstało nawet kilka nowych hypotez. Hoffmann łączy hypertyreoidyzm z niedomogą nadnerczy. Objawami tej niedomogi jest znużenie mięśniowe, biegunka, pigmentacja skóry, często spotykane w Ch. Ba.

H. Święcicki rzuca myśl, że *primum movens* Ch. Ba. jest nadmierna czynność nadnerczy (hyperadrenalizm). Ona to powoduje tachykardję, drżenie, wytrzeszcz, cukromocz korelacyjne powiększenie tarczycy. Tu jednak należy zaznaczyć, że Chrustalew na sekcjach basedowczyków, zebranych z całej literatury znajdywał prawie zawsze hypoplazję lub zanik tkanki chromochłonnej.

D. Hellin i Szwarc z Warszawy, opierając się na spostrzeżeniach Stöckera, który za częsty objaw Ch. Ba. uważa drżenie gałek ocznych (*nystagmus*), twierdzą, że główne objawy Ch. Ba zależą od zaburzeń w czynności błędnika (znużenie mięśniowe, drżenie, wymioty, tachykardja, objaw Moebiusa), zaburzenia te są następstwem zatrucia ustroju przez nienormalne produkty czynności gruczołów dokrewnych. Trudno się zgodzić z tą hypotezą choćby dlatego, że *nystagmus* tak rzadko się zdarza w Ch. Ba.

Nie godząc się na żadną z przytoczonych hypotez, możemy jednak stwierdzić na podstawie spostrzeżeń klinicznych, że w chorobie Ba. biorą udział niemal wszystkie gruczoły wydzielania wewnętrznego, w mniejszym lub większym stopniu — grasica, nadnercza, jajniki, nawet przysadka mózgowa, a na ich czele tarczyca. Ch. Ba. jest jakby wynikiem naruszenia równowagi w czynności tych gruczołów — jest chorobą nie jedno- lecz wielogruczołową. To naruszenie harmonji w czynności wydzielniczej gruczołów dokrewnych może być różnego natężenia, zależnie od danego ustroju i wpływów zewnętrznych. Ztąd pochodzą różne postaci Ch. Ba, począwszy od typowych, skończywszy na zatartych (f-fruste), odbiegających nieraz daleko od typu Ch. Ba. z jej klasyczną trójcą objawów. Czy nie lepiej by było, jak chcą niektórzy zarzucić termin Ch Ba, umieszczając ją poprostu w rzędzie tyreoz, w grupie hypertyreoidyzmu? W obecnym stanie naszej wiedzy o Ch. Ba, o działalności tarczycy i o wydzielaniu wewnętrznem — kiedy obracamy się jeszcze ciągle w dziedzinie hypotez — byłaby to reforma przedwczesna pod względem naukowym, a niepraktyczna pod względem klinicznym, bo wprowadzająca chaos do tej niezupełnie jeszcze uporządkowanej dziedziny.

To co powiedziałem, nie wyczerpuje jeszcze nowszych poglądów na Ch. Ba. Każdego klinicystę, który miał możność spostrzegania większej liczby chorych na Ch. Ba. i to przez czas dłuższy, uderza fakt, że są to po większej części osobniki, posiadające jakieś cechy szczególne. T. Kocher mówi o konstytucji basedowskiej, którą cechuje temperament sangwiniczny dawnych autorów, a zatem typy ruchliwe, pobudliwe, łatwo rumieniące się, skłonne do potów i drżenia przy lada okazji. Tu należą, według Eichhorsta, niebieskookie blondynki, delikatnej budowy, neurasteniczki i histeryczki, skłonne do niedokrwistości i błednicy. Charcot zabierał basedowczyków do swojej *famille neuropathique*, w której się mieszczą różne choroby nerwowe i ustrojowe. Gorącym zwolennikiem tego poglądu jest wyżej wspomniany autor najnowszej monografji choroby Ba. F. Chwostek (syn) który na tem tle rozpatruje Ch. Ba. w swojem dziele. Dla Chwostek'a Ch. Ba. jest chorobą konstytucjonalną »*eine exquisit degenerative Erkrankung, für die abnorme Körperanlage conditio sine qua non ist*«. Nikt dotychczas nie wypowiedział tej opinji tak wyraźnie i tak bezwzględnie — mówię bezwzględnie, bo jednak nie we wszystkich przypadkach Ch. Ba. można się dopatrzeć tych cech zwyrodnienia, o jakich mówi Chwostek. Ale nad opinją tego autora nie można przejść do porządku dziennego. Większość basedowczyków należy bezwątpienia do kategorji osobników mniej wartościowych pod względem fizycznym i dziedzicznie obarczonych. Dziedziczność bezpośrednią znalazłem w 10% moich własnych spostrzeżeń ściślejszych (29 na 276). Oto kilka przykładów: jedna z moich chorych na Ch. Ba. miała matkę dotkniętą tą chorobą i dwie siostry — jednej z nich Kocher wykonał strumektomję z dobrym skutkiem. Podczas gdym leczył tę chorą, przyprowadziła mi córkę, która zapadła na Ch. Ba. w postaci dość ciężkiej, a w jakiś czas potem drugą córkę z lekkim basedowizmem. W drugiej rodzinie leczyłem brata i 2 siostry na Ch. Ba; w trzeciej babkę i wnuczkę, w czwartej — dwie siostry, siostrę cioteczną i jej matkę.

Co do innych chorób ustrojowych i nerwowych w rodzinach chorych na Ch. Ba nie posiadam ścisłych danych, gdyż niełatwo je zebrać, a jeszcze trudniej skontrolować, ale

chorzy zaznaczali często, że w ich rodzinach panuje artretyzm, otyłość, choroby umysłowe, nerwowe i t. d. Posiadam bardzo szczegółowe dane tyczące genealogji patologicznej jednej rodziny, dzięki uprzejmości jednego z kolegów (Dr. N. Czarnockiego) — genealogję autentyczną i sprawdzoną przez tegoż kolegę. Obejmuje ona 4 pokolenia. Na 57 osób, potomków jednej kobiety, która do późnego wieku bo do lat 80 była dotknięta Ch. Ba znalazło się 3 przypadki ch. Ba, jeden — antytezy tej choroby — obrzęku śluzowatego i 14 przypadków mniej więcej wyraźnych zwyrodnień różnego rodzaju, jak warga zajęcza, alkoholizm okresowy, tępość umysłowa, obłęd, manja religijna, cukrzyca, artretyzm i t. d.

Basedowczyków obarczonych gruźlicą dziedziczną znajduje się 6% w mojej statystyce. F. Białokur w Jałcie w sanatorjum dla gruźliczych znajdywał duży odsetek (27 na 337 t. j. 8%) osób, mających objawy ch. Ba — w jednym tylko roku. W. Janowski wyodrębnia, jakby osobną postać gruźlicy — tyreotuberkulozę. Osobny typ zwyrodniałych basedowczyków Stern nazywa basedowoidami. Jako cechę zwyrodnienia można uważać stan gruczołowy i grasiczo-gruczołowy (*status lymphaticus* i *thymicolymphaticus*) tak często spotykany u chorych na ch. Ba, co się wyraża w ich składzie krwi (limfocytoza, dochodząca do znacznych rozmiarów) oraz *mors thymica*. Szczególną wrażliwość na jod (t. zw. *jodbasedow*) Chwostek kładzie na karb zwyrodnienia. Nawet doświadczenia Klosego (wywoływanie ch. Ba. u psów) udawały się tylko na foksterjerach — tych psich nerwowcach i degeneratach. Są to wszystko fakty, z któremi należy się liczyć w spostrzeżeniach klinicznych nad Ch. Ba, a faktów tych znajdzie się coraz więcej, gdy się na nie zwróci uwagę.

Mając na uwadze, że chorobie Ba. podlegają często osobniki dziedzicznie obarczone, zwyrodniałe, oddziaływujące w sposób niezwykły na różne bodźce zewnętrzne (jod, wstrząs, choroby zakaźne) musimy być ostrożni w rokowaniu i nie dziwić się, że w tej chorobie zawodzą nieraz wszelkie zabiegi lecznicze lub nie zapewniają trwałej poprawy — *restitutio ad integrum*. Zachwianie równowagi w tak subtelnej dziedzinie (a tak mało jeszcze znanej!), jaką jest wydzielanie wewnętrzne, zwłaszcza u takich osobników, trudno a nieraz wcale nie daje się wyrównać. Murray radzi, aby w Ch. Ba. nie szafować słowem wyleczenie, bezpieczniej jest mówić o wyleczeniu praktycznem t. j. możności powrotu do pracy.

Świadomość, że *primum movens* ch. Ba. leży w układzie nerwowym, daje nam do pewnego stopnia broń w rękę przeciwko tej chorobie — broń, którą zresztą walczono oddawna, niezależnie od panujących teorji, na podstawie zdrowej empirji. Metodę wzmacniania układu nerwowego przez spokój, klimat, wodolecznictwo i t. d. zalecają zawsze nie tylko interniści, lecz i chirurdzy (Kocher i inni), jako niezbędne przygotowanie do operacji i utrwalenie jej skutków. Niezachowanie tej przestrogi może unicestwić skutek operacji — nie wyleczyć lecz sprowadzić nowy ciężki napad choroby Ba, jak to miałem sposobność stwierdzić w jednym przypadku, spostrzeganym wspólnie z kol. B. Sawickim. Z drugiej strony nieraz tą tylko drogą daje się osiągnąć t. zw. wyleczenie praktyczne.

Zabiegi, mające na celu ograniczenie nadmiernej czynności wydzielniczej tarczycy drogą mechaniczną t. j. przez częściowe jej wycięcie wydają się jako najracjonalniejsze i najprędzej prowadzące do celu. Poparte powagą tak znakomitego chirurga i znawcy choroby Ba, jakim był T. Kocher i jego szkoła, a w czasach ostatnich bracia Mayo z Rochester, zabiegi te zyskały powszechne uznanie i popularność. Myliłby się jednak, ktoby sądził, że strumektomja załatwia ostatecznie sprawę wyleczenia ch. Ba. Pomijam sprawę śmiertelności pooperacyjnej przy zachowaniu należytych ostrożności i odpowiednim doborze materjału, śmiertelność spadła do takich rozmiarów, jakie się widzi w każdym poważniejszym zabiegu chirurgicznym. Inaczej rzecz się ma, jeżeli chodzi o ostateczny wynik operacji — o wyleczenie.

Tu należy brać pod uwagę statystyki większe, oparte na dłuższej obserwacji chorych i porównać je ze statystyką chorych leczonych nieoperacyjnie. Co do wyników leczenia chirurgicznego nadaje się najlepiej statystyka T. Kochera, jako oparta na wielkim materjale i długiej obserwacji.

Widzimy z niej, że na 876 operowanych Kocher otrzymał wyleczenie (może wyleczenie praktyczne?) w 150 przypadkach (17%), poprawę (ale były nawroty) w 148 przyp. w 22 przyp. nie było poprawy (2.5%),. o 556 przypadkach (63.5%) Kocher nie mógł zebrać żadnych wiadomości (To jest los wielu statystyk ch. Ba!). Ze statystyk internistów (takich statystyk jest b. mało) widzimy: Murray ze 120 spostrzeganych przez siebie przypadków ch. Ba o 80 nie ma wiadomości (66% tak jak Kocher!). Ze 40 pozostałych uzyskał wyleczenie »praktyczne« w 9 (7.5%), poprawę w 8 (7%). Stern po 20-letniej obserwacji 35 przypadków notuje wyzdrowienie w 9 (10%). Syllaba na 51 przypadków — 12 lat obserwacji widział wyzdrowienie w 17 przyp. (33%), poprawę w 13 (25%).

W mojej statystyce ściślejszej 225 przyp. — 13 lat obserwacji — w 105 przypadkach wynik leczenia niewiadomy (47%). Z pozostałych 120 było operowanych 20 (8%). Wśród operowanych w 6 przyp. widziałem wyleczenie praktyczne 6 razy (30%), 5 popraw doraźnych, ale były nawroty (25%) W 100 przypadkach leczonych nieoperacyjnie, procentowo był wynik taki sam: wyleczeń praktycznych 30 (30%), popraw doraźnych ale z nawrotami 50 (50%).

Z tych zestawień widzimy, że leczenie chirurgiczne daje wyniki stosunkowo lepsze, a czasem jednakowe w porównaniu z leczeniem nieoperacyjnem, ale bynajmniej nie takie, jakich się spodziewano w pierwszych okresach tej metody, kiedy to jeden z chirurgów niemieckich (Lemcke) oświadczył, że ch. Ba należy wyłącznie do chirurgów. *Der Morbus Basedowi gehört nicht auf die inneren, sondern auf chirurgische Stationen« 1897).*

Względne niepowodzenie chirurgicznych zabiegów dowodzi, że strumektomja nie wystarcza do wyleczenia ch. Ba w wielu przypadkach. Może to zależy od tego, że 1) ch. Ba polega na dystyreoidyzmie — tym argumentem walczą zwolennicy tej teorji 2) że w danym przypadku należało usunąć nie tylko tarczycę, ale i grasicę, albo samą tylko grasicę, 3) albo wreszcie, że operacja została wykonana u osobnika dziedzicznie obarczonego i zwyrodniałego, któremu wogóle żadne leczenie nie pomoże. To zmniejsza szanse powodzenia strumektomji i ogranicza wskazania do niej. Nie mniej przeto wyrzekać się tej metody nie mamy prawa, gdyż w wielu przypadkach możemy uzyskać wyleczenie lub poprawę i to prędzej, niż zapomocą innych metod. Ma to ważne znaczenie praktyczne, ze względu na materjalne położenie chorych.

Ograniczenie wydzielania tarczycy można osiągnąć zapomocą naświetlania tejże promieniami Roentgena. Ta metoda ma za sobą już kilkanaście lat doświadczeń (od r. 1906 P. Pfeiffer) i według zdania wielu lekarzy daje dobre wyniki. U nas zastosował ją po raz pierwszy J. Skłodowski (1906) w jednym przypadku z dobrym wynikiem. Tosamo mogę powiedzieć o kilkunastu przypadkach własnych. W jednym zwłaszcza przypadku bardzo ciężkim, gdzie zawodziło wszelkie leczenie, a o strumektomji nie mogło być mowy właśnie z powodu ciężkiego stanu chorej, otrzymano poprawę wyraźną i trwałą. W innym przypadku mogłem stwierdzić niejako doświadczalnie, że promienie Roentgena rzeczywiście ograniczają wydzielinę tarczycy: 14-letniej panience, której matka miała chorobę Ba, wykonano strumektomję z powodu znacznego wola i słabo wyrażonej ch. Ba. Niewiem z jakiego powodu chirurg po strumektomji zalecił naświetlanie promieniami Roentgena (podobno było podejrzenie raka tarczycy). Chorą widziałem po całej serji naświetlań i stwierdziłem wybitne objawy obrzęku śluzowatego (*cachexia strumipriva*). Po leczeniu tyreoidyną objawy te przeszły, ale dalsze losy chorej nie są mi wiadome.

Leczenie wrzekomo swoiste ch. Ba, polegające na zastrzykiwaniu surowicy baranów, pozbawionych tarczycy, lub dawanie mleka kóz, którym wycięto tarczycę (antityreoidyna Moebiusa i rodagen), nie daje wyraźnych wyni-

ków dodatnich, według zdania wielu autorów i mego własnego doświadczenia.

Natomiast lepsze wyniki widziałem po stosowaniu salicylu w przypadkach, gdzie w etjologji ch. Ba. zaznaczono gościec stawowy, anginę lub influencę. Tą metodę zaleca często J. Babiński z Paryża i wielu autorów francuskich i amerykańskich. W przypadkach gruźlicy z objawami Ch. Ba. Białokur i W. Janowski widzieli poprawę gruźlicy od leczenia. ch. Ba. (strumektomja). Mogę dodać, że leczenie sanatoryjne dobrze wpływa na przebieg ch. Ba.

Akta ch. Ba. nie są zamknięte. Zbliżamy się powoli do prawdy. Ufajmy, że dalsze badania doświadczalne i kliniczne roztrzygną te wątpliwości, które jeszcze nie są rozwiązane.

Piśmiennictwo.

1. A. Puławski. Spostrzeżenia własne nad chorobą Basedowa. G. L. 1916. Nr. 11—12, 24—25. — 2) L. Paszkiewicz. Badania nad zachowaniem się gruczołów wydzielania wewnętrznego w przyp. otyłości. Prace z zakl. anat. patol. 1923. Z. III. i IV. — 3. T. Symchowicz. O zmianach histol. w układzie nerwowym w doświadczalnie wywołanem zatruciu tyreoidynowem. Prace z pracowni neurol. T. I. 1916. — 4) W. Janowski. Tyreotuberkuloza. G. L. 1919. N. 5—6. 5) D. Hellin i A. Szwarc. Du role du labirynthe dans la maladie de Basedw. Revue neurol. 1922. — 9) A. N. Chrustalew. Anatomo-patol. izmienienja niekot. organow w Basedow. boliezni. Dysert. dok. w Akademji petersb. 1914. G. Lek. — 7. F. Chwostek. Morbus Basedowii und die Hyperthyreosen. Berlin. 1917. m. ngr. — 8) A. Oswald. Die Schilddrüse in Physiologie und Pathologie 1917. Streszczenie moje w Gaz. Lek. 1917. N. 50—51. — Piśmiennictwo do r. 1914. patrz moja praca »O chorobie Ba«. Odczyty klin. 1914.

Oceny i sprawozdania.

Dr. med. Robert Bernhardt. **Zarys chorób wenerycznych i skórnych wieku dziecięcego.** Warszawa. 1923, nakładem autora.

Mała, treściwa książeczka, przeznaczona przez autora dla lekarzy, studentów i — chyba przez omyłkę — dla matek. Napisana językiem dobrym, czyta się łatwo. Szkoda, że autor nie podał spisu rzeczy, co w dużej mierze ułatwiłoby odszukiwanie treści pożądanej.

Że treść jest dobra, przemawia za tem nazwisko autora, który wypełnił lukę dotkliwą w piśmiennictwie naszem — dał wykład kliniczny chorób wenerycznych i skórnych wieku dziecięcego ze szczególnem uwzględnieniem ich przebiegu w zależności od różnych właściwości wieku dziecięcego.

Z punktu widzenia pedjatry zrobiłbym jeden zarzut zasadniczy — autor potraktował rzecz całą nazbyt specjalnie. Dotyczy to w pierwszym rzędzie sprawy tak niesłychanie ważnej, jak przymiot dziedziczny. Autor poświęcił mu trzecią część książki, opisał dokładnie szereg objawów, ich przebieg, rozpoznawanie różniczkowe, leczenie. Zdawałoby się — dał wszystko, a jednak brak tego, co dla nas, pedjatrów, jest w życiu codziennem bodaj najważniejsze, brak tej syntezy ogólnej, zasadniczego tła obrazu, na którym dopiero powoli zarysowują się coraz wyraźniej kontury choroby dziedzicznej.

Nie sztuka przymiot rozpoznać, gdy on się w całej pełni rozwinie, ten trafi z pewnością do specjalisty. My, pedjatrzy, zmuszeni jesteśmy wyczuwać go wtedy, gdy on się jeszcze wyraźnie nie zaznaczył, gdy wszystko jest jeszcze w sferze wątpliwości. W naszych warunkach pracy zawodowej jest rzeczą niesłychanie ważną orjentowanie się trafne w całym szeregu drobnych i nikłych objawów, które, zyskując stopniowo na sile, pozwalają dość wcześnie powziąć obawy uzasadnione. Otóż w tej sprawie autor poskąpił nam wszelkich rad i wskazówek, a szkoda, gdyż klinicysta tak doświadczony mógł nam niejedno powiedzieć. *T. Kopeć.*

Dr. Emil Godlewski (iun.): **Embrjologja zwierząt kręgowych ze szczególnem uwzględnieniem człowieka.** — Część ogólna. — Książnica polska. — Lwów — Warszawa. 1924.

Świeżo wydana część ogólna Embrjologji opracowanej przez prof. E. Godlewskiego przedstawia się w formie sporego tomu, 416 stron i 444 rycin obejmującego. Treść tego tomu dzieli się na kilka rozdziałów: I. Rozród (str. 5—105) mówi o budowie, tworzeniu i dojrzewaniu elementów płciowych i o zapłodnieniu. II. Brózdkowanie (str. 106—143). III. Tworzenie listków zarodkowych, organów pierwotnych i mezenchymy (str. 144—217). IV. Powstawanie naczyń krwionośnych i krwi (str. 218—243). V. Mechanika rozwojowa (str. 244—306) i VI. Błony płodowe (str. 307—403).

Książka napisana jest tak, że może służyć zarówno przyrodnikowi jak i medykowi. Z tego właśnie powodu jest ona może nieco za obszerna dla słuchacza medycyny, no i co za tem idzie, cena jest zbyt wysoka, jak na dzisiejsze ciężkie czasy.

Książka napisana jest po mistrzowsku i nawskróś oryginalnie. — Sposobem przedstawienia zawiłych nieraz kwestji łączy zalety najlepszych podręczników zagranicznych. Ścisłość przedstawienia niemiecka a potoczystość myśli francuska. Treść na 400 stronach zawartą pochłania się z taką łatwością, jakby się czytało jakąś powieść lub rzecz popularną, niezwykle zajmująco napisaną. Tekst przeplatany jest uwagami o treści ogólno-biologicznej, które nadają mu specjalne oświetlenie i budzą większe zainteresowanie. Przedewszystkiem interesujący jest rozdział piąty, omawiający mechanikę rozwojową, która to nowa gałąź embrjologji w piśmiennictwie polskiem nigdy dotąd w całości nie była opracowana.

Znamy cały szereg podręczników zagranicznych; najlepszym z nich, zdaniem naszem, nie ustępuje podręcznik prof. Godlewskiego i zdoła je w zupełności zastąpić. Dzieło to stanowi dla literatury przyrodniczej polskiej nieoceniony nabytek. Z takiej książki możemy być dumni.

Szymonowicz.

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Presse médicale.

Nr. 58. 1923.

L. Blum i H. Schwab. **Leczenie cukrzycy zapomocą insuliny.** Autorzy podają wyniki leczenia 50-ciu chorych na wszelkie postacie cukrzycy, przeważnie jednak ciężkie z powikłaniami; wiek chorych waha się od 17 do 70-ciu lat. Najłatwiej daje się spostrzegać dodatnie działanie insuliny w ciężkich przypadkach cukrzycy, u osobników charłaczych, gdzie inne metody leczenia zawiodły. Cukromocz i acetonurja znacznie zmniejszają się lub też znikają; siły i łaknienie powracają, chorym przybywa na wadze. Podobnie szybkie i zbawienne działanie ma insulina w przypadkach śpiączki cukrzycowej. Niekiedy pierwsze zastrzyki wywołują uczucie palenia, co zależy od niedostatecznego oczyszczenia insuliny i dają się z łatwością usunąć przez dodanie do zastrzyku kilku kropli nowokainy. Z objawów ogólnych należy zwrócić uwagę na uczucie ciepła, podniesienie ciepłoty (do 38°) zależne od wzmożonego spalania glikozy, niekiedy występowanie potów. Rzadko widzimy znaczne ogólne osłabienie, zależne od zbyt gwałtownego działania insuliny, które usunąć można przez podawanie węglowodanów. Naogół podawanie zbyt silnych dawek insuliny w przypadkach ze stosunkowo małą hyperglikemją może wywołać poważne zaburzenia. Ponadto autorzy zwracają uwagę na niebezpieczeństwo leczenia insuliną przypadków cukrzycy powikłanych gruźlicą. Doprowadzić to może do znacznego i szybkiego rozszerzania się gruźlicy. Działanie na stan ogólny i przemianę materji:

1° Szybki powrót sił fizycznych i intelektualnych, ustąpienie wielożerstwa i uporczywego zaparcia stolca.

2° Zwiększenie wagi ciała następuje niekiedy z zawrotną szybkością, głównie w zależności od zatrzymania wody w ustroju. U chorych skłonnych do obrzęków zmusza to niekiedy do przerwania zastrzyków insuliny.

3° Cukromocz zmniejsza się już po upływie 2—4 ch godzin po zastrzyku i działanie utrzymuje się w ciągu 8—20 godzin, poczem ilość cukru w moczu wzrasta.

4° Podobnie działa insulina na zawartość acetonu w moczu.

5° Ilość glikozy we krwi zaczyna zmniejszać się w 3—4 godziny po zastrzyku, osiąga minimum około 6—8 godz., poczem, niestety, zaczyna wzrastać.

Sposób leczenia: Aby otrzymać wyniki zadowalające, zwłaszcza w cięższych przypadkach, leczenie insuliną winno być połączone z zachowaniem zwykłej w tych razach djety. Środek ten zastrzykujemy zwykle podskórnie w okolicy mięśni przywodzących. W przypadkach śpiączki stosuje się zastrzyki dożylne. Aby uniknąć niebezpieczeństwa hypoglikemji autorzy zastrzykiwali 2 razy dziennie: rano o godz. 9-ej i wieczorem między 18 i 19-tą godz.; posiłki były podawane choremu o godz. 12-ej i 18 g. 30 m. Zresztą w każdym poszczególnym przypadku wpływa na to szybkość wchłaniania insuliny. Dawka zależy od postaci schorzenia, ogólnego stanu chorego, od sposobu stosowania i gatunku środka. Zazwyczaj autorzy stosowali 2 zastrzyki dziennie; w postaciach cięższych należy zastrzykiwać trzykrotnie w przypadkach b. ciężkich stosować do 5-iu zastrzyków; w postaciach lekkich 1 zastrzyk dziennie. Zresztą o konieczności powtarzania zastrzyków sądzić można łatwo, badając cukier w moczu. Na początku leczenia chorzy winni zachowywać zupełny spokój; brak zmęczenia cielesnego i spokój moralny ułatwiają leczenie. W lekkich i średnio-ciężkich przypadkach cukrzycy przerywamy zastrzyki, kiedy otrzymaliśmy żądany wynik. W przypadkach ciężkich długotrwałe leczenie insuliną jest konieczne. W przeciwnym razie choroba szybko powraca do poprzedniego natężenia. W tych razach przerwa w leczeniu może być nawet niebezpieczna ma się wrażenie, że ustrój staje się wrażliwszym na szybko zwiększającą się kwasicę.

W lekkich postaciach cukrzycy bez powikłań, w których ograniczenie pokarmów wystarcza do zmniejszenia objawów chorobowych, autorzy nie stosowali zastrzyków insuliny. W przypadkach takich stosowano ten środek tylko w razie powikłań (grypa, anthrax, w przebiegu zabiegów chirurgicznych i t. p.).

Poprawę, nieznaną dotychczas, spotyka się w ciężkich, beznadziejnych przypadkach cukrzycy; tutaj insulina stanowi istotnie środek fizjologiczny, czyniąc ustrój na czas ograniczony zdolnym do spalania cukru. Poza ciężkiemi przypadkami autorzy stosowali insulinę w postaciach lżejszych; u chorych osłabionych długotrwałą djetą lub u takich, gdzie zalecenie surowej djety wywoływało kwasicę, mimo zmniejszenia przyjmowania pokarmów wogóle i ograniczenia ilości ciał białkowych. Kilkudniowe podawanie małych dawek insuliny u takich chorych powodowało wyraźne polepszenie stanu zdrowia. *Aleksander Krause* (Warszawa).

Klinische Wochenschrift.

Nr. 43. 1923.

Dr. med. Hans Karl von Winterfeld i Edith Hanne. **Obraz leukocytów we krwi w odrze i szkarlatynie.**

Zróżnicowanie obrazów leukocytów we krwi stanowi cenną wskazówkę w orjentowaniu się co do danej postaci chorobowej. Z 28 badanych przypadków odry w okresie zjawiania się wykwitów autorzy stwierdzili: 1) absolutną leukopenję — niżej 4.000 leukocytów w 2 przypadkach, co wynosi procentowo 24,6%; 2) normalne liczby leukocytów 4.000—20.000 w 18 przypadkach, proc. 64,4%; 3) leukocytozę 8.000—20.000 w 4 przypadkach, proc. 14%, czyli większość przypadków wykazuje normalną liczbę leukocytów. Morfologicznie 20% badanych przypadków wykazało limfopenję (niżej 20%); 28% przypadków — normalne liczby limfocytów; 52% przypadków — lymfocytozę (ponad 30%). Eozynopenję stwierdzono w 24% przypadków, normalne liczby (1—3%) w 56% przypadków, eozynofilję (4—9%) w 20% przypadków. Dla odry charakterystyczną jest limfocytoza z normalną liczbą eozynofilów. W szkarlatynie stwierdzono leukocytozę z limfopenją; w badanych przypadkach normalnej liczby leukocytów nie stwierdzono. We wszystkich przypadkach już w okresie I-ym stwierdzono znaczną eozynofilję, utrzymującą się w niewielkich wahaniach w ciągu 6 tygodni i trwającą w okresie zdrowienia. Charakterystyczną dla szkarlatyny jest leukocytoza i eozynofilja. Rozpoznawcze badanie obrazu krwi ma wielkie znaczenie w przypadkach nietypowych, gdzie brak objawów takich, jak plam Koplika w odrze, brak dodatniego odczynu dwuazowego, często występującego i w szkarlatynie. Odczynu Wassermanna, występującego jakoby zawsze w szkarlatynie, autorowie nie stwierdzili w badanych przypadkach.

Nr. 43.

Dr. Adler. **Wpływ wątroby na wydzielanie wody.** W badaniach nad żółtaczkami autor zauważył, że chorzy z żółtaczką wykazują upośledzone wydzielanie wody: z 1000 do 1500 cm^3 wprowadzonego płynu wydzielają z moczem w ciągu 8—10 dni połowę lub $^3/_4$ płynu; obrzęków, zaburzeń sercowych lub nerkowych nie stwierdzono. Najwyraźniej występowało to zjawisko na szczycie żółtaczki; w okresie kiedy w moczu i kale zjawiała się w znacznym stopniu urobilina, ilość moczu wydzielanego zwiększała się tak, że z tego już można było sądzić o zmniejszającem się nasileniu choroby, chociaż zabarwienie skóry nie świadczyło o tem. Takież upośledzone wydzielanie H_2O wykazują: 1) chorzy na wątrobę bez żółtaczki, 2) z żółtym ostrym zanikiem wątroby i przesiękami do jamy brzusznej i opłucnej. Regulowanie w wydzielaniu wody zależy według niektórych autorów (Arey, Simonds, Jaffé) od mechanizmu samej wątroby, zwłaszcza jej żył, według innych (Lick, Wagner) od wpływu zaczynów wątrobowych.

W badaniach swoich autor stosował próbę wodną i koncentracyjną Volharda; jednocześnie określał występujące rozwodnienie krwi. W przypadkach zdrowej wątroby, zaburzeń w wydzielaniu wody nie było; krew wykazywała nieznaczne rozwodnienie. W przypadkach 1) żółtaczki kataralnej upośledzone jest wydzielanie wody i stężenie; objawy te znikały (powtórne badania) w stanach poprawy, zależą więc od stanu wątroby. 2) Kamica żółciowa wykazuje nieznaczne upośledzenie. 3) Marskość wątroby — znaczne upośledzenie w wydzielaniu. 4) Raki pęcherzyka żółciowego z przerzutami do wątroby — bardzo znaczne zaburzenia w wydzielaniu H_2O.

Poza wpływem mechanizmu i zaczynu wątroby na wydzielanie H_2O, mają tu wpływ także według autora czynniki fizyko-chemiczne, występujące w surowicy krwi, jak dyspersja cząsteczek białkowych włóknika i globulin.

Bronisława Szuldberg (Warszawa).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Polskie Towarzystwo dermatologiczne. Oddział lwowski.

XXIII. Zebranie naukowe dn. 1. II 1923.

Przewodniczy prof. Łukasiewicz. Obecnych 21 członków.

Prof. Łukasiewicz przedstawia przypadek **pemphigus vegetans**; kobieta 42-letnia, żydówka, pierwsze zmiany chorobowe zauważyła przed rokiem na błonie śluzowej ust, potem na głowie i częściach płciowych. Obecnie najwybitniejsze, brodawkowate nacieki na częściach płciowych, nacieki o wyraźnem bruzdkowaniu, a na brzegu jak gdyby szczątki pęcherzy.

Prof. Łukasiewicz przedstawia 28 letniego mężczyznę, u którego zastosowano dwukrotnie wlewanie dożylne neosalvanu Grodzisk w dawce 0.15 i 0.30; po drugiej dawce **erythema toxicum z wybroczynami.**

Prym. Leszczyński przedstawia kobietę z nader wybitnym **objawem pilomotorycznym**, pojawiającym się po każdem podrażnieniu, czy to mechanicznem, termicznem etc. i omawia genezę tego rodzaju objawów.

XXIV. Zebranie naukowe dn. 15 lutego 1923.

Przewodniczy prof. dr Łukasiewicz. Obecnych 20 członków.

Prym. dr. Leszczyński przedstawia przypadek trichophytii na dolnej powiece oka lewego z przejściem na spojówkę (przypadek ogłoszony drukiem w Annales de dermatologie et syphiligraphie t. IV 1923. „un cas de conjonctivite trichophytique“).

Dr Andruszewski przedstawia przypadek 1 es pap. — pustul. z niezwykle silnemi wybujałościami, zwłaszcza w zakresie zgięć łokciowych, pod pachami i w miejscach stykania się moszny z powierzchniami ud.

Dr. Kotiers przedstawia chorą, u której po 2 injekcjach luatolu à 0.10 wystąpiła stomatitis ulcerosa znacznego stopnia; przedstawia też chorą u której po 6-stej injekcji luatolu wystąpił rumień, głównie na rękach i przedramionach.

Dr. Salpeter przedstawia chorego na pęcherzycę (pemphigus vulgaris), u którego stosował wstrzykiwania śródżylne jodu, przyczem zauważył, że skóra chorego oddziaływa żywo na te wstrzykiwania występowaniem świeżych pęcherzy, które jednak następnie łatwo i szybko się goją.